

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913. — N° 18.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA SALPINGOSTOMIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 novembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

C.-L. DENAVE

EX-INTERNE SUPPLÉANT DES HÔPITAUX DE LYON

Né le 17 janvier 1885, à Virieu-le-Grand (Ain)



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1912

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
LA SALPINGOSTOMIE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913. — N° 18.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA SALPINGOSTOMIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 novembre 1912

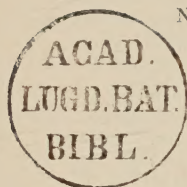
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

C.-L. DENAVE

EX-INTERNE SUPPLÉANT DES HÔPITAUX DE LYON

Né le 17 janvier 1883, à Virieu-le-Grand (Ain)



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE,
PIERRET, BEAUVISAGE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale.		LEPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.		POLLOSSON(A.).
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		X...
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire.		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.		LESIEUR.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		COURMONT (P.).
Pharmacologie.		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale.	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique.	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD.	—
Clinique infantile	MOURIQUAND	—
Propédeutique urologique.	GAYET	—
Déontologie et médecine professionnelle.	MARTIN (Et.).	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	MARTIN (Et.).	BRETIN.	MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	PIERY, Ch...
PATEL.	LATARJET.	CADE.	SAVY, Ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. AUG. POLLOSSON, Président ; M. VILLARD, Assesseur ;
MM. PATEL et TAVERNIER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MES ONCLES PEYSSON ET DENAVE

A TOUS MES PARENTS

ET

A TOUS MES AMIS

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUG. POLLOSSON

Professeur de clinique gynécologique à la Faculté de
médecine de Lyon.

Chirurgien de la Charité.

Nous le remercions du très grand hon-
neur qu'il a bien voulu nous faire.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIOLET

Chef de clinique gynécologique.

Il nous a inspiré le sujet de ce tra-
vail et ne nous a ménagé ni ses con-
seils, ni son aide. Nous l'en remercions
bien sincèrement.

Aux Membres de mon Jury :

MONSIEUR LE DOCTEUR VILLARD

Professeur agrégé
Chirurgien des hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR PATEL

Professeur agrégé
Chirurgien des hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR TAVERNIER

Professeur agrégé

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR VIGNARD

Chirurgien des Hôpitaux.

Externat 1906-1907.

MONSIEUR LE DOCTEUR VALLAS

Professeur de pathologie externe,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Externat 1907.

MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERTIN

Chirurgien des Hôpitaux.

Externat 1907-1908.

MONSIEUR LE DOCTEUR TIXIER

Professeur agrégé ; chef des travaux pratiques de médecine opératoire.

Chirurgien des Hôpitaux.

Externat 1908.

MONSIEUR LE DOCTEUR BRET

Médecin des Hôpitaux.

Externat 1908-1909.

MONSIEUR LE DOCTEUR BARJON

Médecin des Hôpitaux.

Externat 1909.

MONSIEUR LE DOCTEUR ROQUE

Professeur de clinique médicale.

Médecin des Hôpitaux.

Internat provisoire.

AVANT-PROPOS

Nous n'aurons jamais la fatuité de dire que nous avons « terminé nos études médicales ». C'est une vérité trop banale, pour y insister, que là, plus qu'ailleurs peut-être, on doit apprendre toute sa vie.

Nous ne nous comparerons donc pas au nautonnier qui, arrivé à bon port, se retourne pour considérer avec complaisance le chemin parcouru.

Cependant, nous tenons à adresser ici à tous nos maîtres l'expression de notre profonde reconnaissance.

Que notre premier maître en médecine, le docteur G. Gruber, nous permette de lui rappeler le souvenir que nous gardons de sa sollicitude et de son habileté à diriger nos débuts dans les études médicales. Nous avons souvent, depuis, regretté qu'il nous ait quitté si tôt.

Que M. le docteur Violet, chef de clinique gynécologique, qui nous a communiqué ses notes personnelles, et à l'obligeance de qui nous devons une observation des plus concluantes, veuille bien croire à notre vive gratitude.

Notre excellent ami, le docteur J.-J. Fisher, à qui nous devons la traduction des travaux américains,

anglais et allemands, sait que nous ne l'oublierons pas.

Si nous profitons de l'occasion qui nous est offerte de témoigner publiquement nos sentiments envers nos maîtres et nos amis, ce n'est pas un adieu que nous leur adressons. Nous nous promettons d'avoir fréquemment à l'avenir recours aux lumières des uns, au commerce affectueux des autres.

INTRODUCTION

Quand, dans une intervention abdominale ou pelvienne, le chirurgien se trouve en présence d'une trompe dont le pavillon est oblitéré, on conçoit qu'il soit souvent placé entre plusieurs alternatives. A moins qu'il n'ait la main forcée à l'ablation la plus complète possible par des lésions très graves ou très prononcées, ou bien qu'il ne soit opposé à toute chirurgie conservatrice des annexes utérines, il se demandera s'il doit enlever cette trompe suffisamment atteinte pour que le mal ait — pour le moins — fermé son orifice péritonéal ; il se demandera s'il est bien utile de la laisser, alors qu'il est à peu près certain qu'elle est perdue à jamais pour son rôle d'oviducte (l'orifice du pavillon ne semblant pas avoir de tendance naturelle à se rétablir spontanément) ; s'il est bien utile de tenter à le rétablir artificiellement (la trompe ayant peut-être perdu la plus grande partie de ses moyens physiologiques) ; s'il n'est peut-être même pas nuisible de le faire (l'infection toujours possible de la cavité tubaire pouvant ainsi se communiquer plus facilement au péritoine) ; si cet orifice chirurgical ne va pas s'obstruer plus ou moins rapidement (comme ten-

dent à le prouver des expériences de Cornil et Carnot sur certains animaux); si, enfin, ce n'est pas ainsi s'exposer à voir se produire une grossesse extra-utérine.

On imagine aisément qu'une opération, à laquelle on peut faire d'aussi nombreuses et d'aussi importantes objections, ne trouve pas des indications très fréquentes.

Cependant, d'assez nombreuses tentatives ont été faites dans ce sens, avec quelques variantes de détail, suivant les cas et suivant les opérateurs. Beaucoup d'observations ont justifié leur innocuité au point de vue de la santé générale et des suites opératoires, si l'intervention n'est pas étendue à des cas situés au delà de prudentes limites. Des observations, beaucoup moins nombreuses, mais plus probantes aussi, ont montré que l'on pouvait considérer les grossesses, relatées dans ces cas, comme véritablement dues à la salpingostomie. Ce sont surtout ces dernières que nous avons recherchées.

Récemment, enfin, M. le professeur Aug. Pollosson a présenté à la Société de chirurgie de Lyon, une pièce anatomique, ayant la valeur d'une expérience prouvant, à l'encontre de celles de Cornil et Carnot sur les animaux, la parfaite perméabilité d'un orifice tubaire créé par salpingostomie, maintenue sept ans et demi après cette intervention.

Tous ces exemples semblent devoir encourager dans cette voie, car, si, comme l'a dit de Rouville « l'intangibilité du pouvoir créateur lorsqu'il est

compatible avec l'état de santé, est un principe dont il ne faut jamais se départir », on peut aussi espérer faire encore davantage pour rendre à ce pouvoir sa valeur dans des cas où elle paraît considérablement réduite ou même semble paralysée pour toujours.

Si le chirurgien peut tenter cela sans danger, étant démontré d'autre part qu'il y ait quelque chance d'efficacité, il ne doit évidemment pas y manquer.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Nous ne saurions rappeler ici avec détails l'évolution des divers traitements des affections inflammatoires des annexes de l'utérus. Néanmoins, quelques mots nous paraissent utiles avant d'entrer plus directement dans notre sujet.

Autrefois purement médical, le traitement des affections inflammatoires des annexes devint progressivement chirurgical, après quelques tentatives hardies de certains chirurgiens américains, tentatives d'ailleurs condamnées en France, 1856. L'antisepsie ayant fait son apparition, les tentatives reprirent; et, dès 1872 environ, avec Lawson Tait surtout, le traitement devint presque exclusivement chirurgical, et d'emblée radical. L'ablation systématique des organes atteints paraissait la seule garantie de la guérison. « Même quand les annexes d'un seul côté, dit Lawson Tait, sont affectées, l'opération, pour donner à la malade un bénéfice durable et complet, doit être bilatérale ».

Actuellement, le plus grand nombre des chirurgiens semblent très éloignés de penser ainsi.

Peu à peu, en effet, les excès d'une chirurgie radicale à outrance (car, si elle s'appliquait le plus souvent aux lésions graves, suppurées et étendues, elle était aussi utilisée pour des lésions bien moindres), soulevèrent des protestations. Les voix autorisées de nombreux chirurgiens, parmi lesquels on peut citer Spencer, Wells, en Angleterre; (*Annales of gyn. and ch.*, ch. V, xxvi) Doléris, Pozzi, Poulet et Laroyenne, en France; Schröder et Martin, en Allemagne; Polk et Dudley, en Amérique, se firent entendre. Mais la cause ne fut pas gagnée, car on voit les protestations s'échelonner d'années en années jusqu'à nos jours. De nombreux travaux furent publiés sur la question, pour démontrer, par exemple, que même vis-à-vis des annexes et après laparotomie, la chirurgie peut encore être conservatrice en se bornant à détacher des adhérences, à n'enlever qu'un ovaire quand il n'est pas absolument démontré que l'autre est irrémédiablement atteint (thèse de Cochez, Paris, 1892). Murray proteste également dans un mémoire à l'Américain gynecological Society (mai 1893). Tillaux, écrit en 1894, qu'il « ne saurait trop s'élever contre l'abus déplorable qui est fait aujourd'hui de ce genre d'opérations » (ablation des annexes). Bref, on remplirait plusieurs bibliothèques à enregistrer les controverses sur ce sujet, et cela n'est pas pour étonner, vu l'importance et les difficultés de la question.

Mais, il ne fut d'abord question que de la chirurgie portant sur les ovaires. Un peu plus tard, la chirurgie conservatrice fut étendue aux trompes,

avec Hadra, Mundé, Howitz, Lucas-Championnière, Terillon, Polk. Et, les premières tentatives, bien qu'isolées, avaient été faites dès 1884-85. Mais, le plus souvent, il s'agissait seulement de libérer la trompe de ses adhérences et d'en pratiquer le cathétérisme.

On peut, en effet, avec M. Viollet (dans un travail qui paraîtra prochainement), diviser les interventions de la gynécologie chirurgicale conservatrice en quatre groupes principaux, qui ont, d'autre part, l'avantage de correspondre à l'apparition successive des diverses tentatives.

Il peut s'agir : 1° de simples libérations d'adhérences, adhérences fixant le fond et la face postérieure de l'utérus dans une rétroversion, fixant également les trompes et les ovaires.

2° On peut exciser les annexes du côté malade et conserver l'utérus et les annexes du côté sain ou paraissant tel.

3° Si les deux côtés sont atteints, mais les trompes et les ovaires inégalement, on peut exciser la trompe d'un côté, avec conservation de l'ovaire du côté opposé et vice versa.

3° On peut aller plus loin encore. C'est ainsi que certains auteurs ont préconisé la réfection d'un pavillon tubaire oblitéré : c'est la salpingostomie. Elle est latérale si l'on se borne à faire une ouverture sur le côté; elle est dite terminale, si l'on résèque en même temps une partie de l'ampoule tubaire.

C'est dans un article de Skütsch (d'Iéna) (*Centralblatt für Gyn.*, n° 32, p. 565, 1889), intitulé : *Contri-*

bution à la thérapeutique chirurgicale de la trompe (compte rendu du 3^e Congrès de la Société allemande de gynéc., tenu à Fribourg les 12 et 14 juin 1889), que nous avons trouvé la première description un peu détaillée pour un cas, où fut pratiquée cette intervention.

Il s'agissait d'une jeune femme de 28 ans, venue consulter pour stérilité et pour de violentes douleurs dans le bas-ventre. A l'examen, Skütsch porta le diagnostic d'oblitération des deux trompes à l'orifice abdominal. Ce diagnostic se trouva vérifié à la laparotomie. Comme les deux trompes étaient kystiques, l'auteur fit de chaque côté une ponction à la seringue Pravaz pour examiner le contenu de la trompe, et ayant retiré un liquide limpide et citrin, il incisa l'extrémité ampullaire, fit écouler le contenu de la trompe, excisa un petit fragment ovalaire de un centimètre carré environ sur la paroi, s'assura de la perméabilité par le cathétérisme, puis, à l'aide d'une suture à la soie fine, il réunit circulairement la muqueuse tubaire à la séreuse.

Après des suites opératoires simples, les douleurs de la malade disparurent.

Skütsch prévint également d'autres modes opératoires. Il ajoute, en effet : « Pour une trompe pleine de pus, il eût été bien risqué de recourir à une telle conduite. Dans ce cas, on pourrait penser à suturer l'extrémité de l'orifice tubaire à la paroi abdominale, l'ouvrir et, après guérison du catarrhe suppuré de la trompe, la détacher à nouveau et la réintégrer à sa place normale. Il faudrait considérer si l'on devrait

suturer l'orifice nouveau à l'ovaire ». Il discute également la valeur du procédé. « La justification complète de cette opération décrite, dit-il, résulterait de l'apparition d'une conception. La « salpingostomie » ne peut encore être reconnue comme une opération dont on soit absolument sûr. L'expérience pourra apporter une décision. En tout cas, il est rationnel d'avancer dans cette voie conservatrice, on peut l'espérer légitime et méritant de nouvelles recherches. »

Skütsch trouve dans la littérature des observations semblables de Schröder, Wallace, Martin.

En effet, si nous devons à Skütsch le terme de salpingostomie, c'est à Martin (1) que revient l'honneur d'avoir le premier essayé d'agir directement sur la trompe pour lui rendre un orifice péritonéal. En Allemagne, la salpingostomie est souvent appelée opération de Martin.

En 1891 (2), il présenta au Congrès de la Société allemande de gynécologie tenu à Bonn, le compte rendu de 24 opérations partielles sur les trompes, avec, le plus souvent, création d'un nouvel orifice. Dans la discussion qui suivit, quelques partisans appuyèrent les idées de Martin. Mais un certain nombre s'y montrèrent réfractaires. C'est ainsi que Landau L. (de Berlin) repoussa la résection tubaire,

(1) A. MARTIN. — *Verhandl der deutsch. Gesellsch. für Gyn.*, 1901, ou *Centralblatt f. Gyn.*, 1891.

(2) Dans un long mémoire publié ici *Volkmanns Klein. Værtræge* (25 mai 1889), il expose son procédé : « résection partielle tubaire et constitution d'un nouvel orifice ». C'est la salpingostomatoplastie.

qui, selon lui, serait une cause d'infection et de grossesse extra-utérine. Chroback (de Vienne), se déclara de même opposé à la résection de la trompe qui peut donner lieu à une grossesse extra-utérine.

Néanmoins, l'exemple de Martin fut suivi par quelques gynécologues en Allemagne ; et ses partisans furent plus nombreux au Congrès tenu à Breslau en 1893 (1).

En 1896, Gersuny (2) exposa un nouveau manuel opératoire, grâce aux idées que lui « avait suggérées, dit-il, la lecture de la description d'une opération de Martin pour hydrosalpinx ». Dans un cas semblable il pratiqua l'inclusion de l'ovaire dans la trompe, et son observation que nous rapporterons indique que la malade présenta quelque mois après l'intervention, des signes de grossesse.

En Amérique, les partisans furent très nombreux, parmi lesquels nous citerons Kelly, Wyllée, Boyea, Dudley (3) et surtout Polk, qui, dans une série de publications, en 1891 (4), 1893 (5), rapporte de nouveaux cas, de brillants résultats, mais surtout en ce qui concerne les ovaires ; et en 1894 (6), cite trois cas de grossesse, que nous rapporterons, à la suite.

(1) A. MARTIN. — *Loco citato*, 1893

(2) DUDLEY fit sa première opération en 1887. mais elle n'est publiée qu'en 1898. *Am. J. of obst.*

(3) GERSUNY. — *Centralbl. für Gyn.*, p. 35, 1896.

(4) POLK. — Report upon certain operations designed to preserve the uterine appendages. *Am. J. of obst.*, V., xxiv, n° 27.

(5) *Id. id.*, V, xxxii, n 6, 1893, Operations on the uterine, appendages.

(6) *Id. id.*, V, xxx, n 1, 1894. The conservative surgery of the female pelvic organs.

d'opérations partielles pratiquées sur les trompes : résections (salpingostomie terminale).

En France, Pozzi, partisan de l'ignipuncture, de la salpingorrhaphie (qui mérite le nom d'opération de Pozzi, suivant Montana), mais non de la salpingostomie, inspira la thèse de Delaunay (1).

La première salpingostomie pratiquée en France le fut par Delbet en 1893, à l'occasion d'une femme de 27 ans qui avait demandé instamment à ce qu'on lui conservât la possibilité de devenir enceinte. L'opération fit bien davantage, car elle lui rendit, peut-on dire, cette possibilité. Conduit par les lésions à l'ablation des annexes gauches, Delbet pratiqua la salpingostomie sur la trompe droite fermée ; et en 1894, l'opérée accoucha d'un enfant qu'elle nourrit, et qui en 1896 était très bien portant. Delbet inspira la thèse de Chavin (2) où se trouve cette observation.

Cependant, un grand nombre de chirurgiens se montrèrent opposés aux opérations conservatrices, tels que Routier, après avoir eu deux cas malheureux, Segond disant que : ou les annexes sont assez malades pour justifier une ablation totale, ou elles ne le sont pas, et, alors même, l'ablation partielle n'est plus indiquée. Bouilly, Reclus, Hartmann pensèrent de même.

Parmi les partisans de la conservation, on peut citer Terrier, Duplay, Schwartz (qui déjà conservait

(1) Des opérations conservatrices de l'ovaire. *Th. Paris*, 1893.

(2) CHAVIN. — Traitement des salpingo-ovarites par la laparotomie. *Thèse, Paris*, 1896.

les ovaires), Richelot, Legueu, Tuffier, Clado (1). Ce dernier inspire la thèse d'Ayrolles (2) où se trouvent précisées les indications et le manuel opératoire d'une opération qu'il appelle salpingo-ovaro-syndèse, se rapprochant de l'inclusion pratiquée par Gersuny (de Vienne), modification du procédé de Martin, ayant pour but de rendre plus intimes les rapports de la trompe et de l'ovaire. La même année (1899) parurent les thèses de Montana (3), de Jarsaillon (4), cette dernière inspirée par M. Goullioud (5), qui, à Lyon, a préconisé la salpingostomie, qu'il a pratiquée fréquemment, sans avoir eu à le regretter, bien que n'ayant pas eu de cas suivis de grossesse à terme.

Vidal (de Périgueux) (6) publia en 1900 une observation, que nous rapporterons, et qui est un cas de grossesse après salpingostomie, pratiquée conjointement à une nouvelle opération; qu'il appelle *salpingoplastie*.

En 1901, parut la thèse de Kahn (7). En 1902, J.-L.

(1) Salpingostomie et salpingographie. *Sem. Gyn.*, Paris 1889, IV, 25-27.

(2) AYROLLES. — La salpingo-ovaro-syndèse ou résection de la trompe de Fallope. *Th.*, Paris, 1899.

(3) Contribution à l'étude des résultats éloignés des opérations conservatrices des annexes. Montana, *th.* Paris, 1899.

(4) JARSAILLON. — De la salpingostomie et autres opérations conservatrices des trompes utérines. *Thèse*, Lyon, 1899.

(5) GOULLIOUD (P.). — *Lyon Médical*, 7 janvier 1900.

(6) VIDAL. — Technique et résultats de quelques opérations conservatrices des annexes de l'utérus. *Revue de gyn. et de ch. abdominale*, 1900, p. 81-90.

(7) KAHN (Ulysse). — Des opérations conservatrices de la trompe. *Th.*, Paris, 1901.

Faure⁽¹⁾ se montre très partisan de la salpingostomie. « Je n'ai pas grande confiance, dit-il, dans l'expression et le cathétérisme de la trompe. Il faut vraiment que les lésions soient bien légères pour que ce traitement puisse être de quelque valeur, et je me demande si, dans ces cas, il n'eût pas été plus sage de ne pas intervenir du tout. »

« Il n'en est pas de même, ajoute-t-il, de la salpingostomie, qui a donné à Martin, à P. Delbet, à Legueu de beaux succès. Clado a pratiqué également cette opération, à laquelle il donne le nom de salpingo-ovaro-syndèse. On comprend fort bien que lorsque la trompe et l'ovaire sont peu malades, mais que, cependant la trompe est oblitérée, on puisse exciser en partie celle-ci, l'ouvrir longitudinalement en ourlant l'orifice ainsi créé et le fixant sur l'ovaire. Il y a ainsi accolement de l'ovaire et de la trompe à laquelle on a reconstitué un nouveau pavillon. »

Au congrès de Madrid (avril 1903), Treub (Amsterdam), Fargas (de Barcelone), Guttierrez (de Madrid) se montrèrent favorables à la chirurgie conservatrice en général, avec quelques réserves et sans publier de résultats statistiques.

Au mois de juin 1905, Truffier a repris la question à la Société de chirurgie de Paris ; F. Legueu, J.-L. Faure, Routier sont venus faire connaître les nombreux mécomptes que leur avait donnés la chirurgie conservatrice, au milieu de quelques succès. Et

(3) J.-L. FAURE. — Chirurgie des annexes de l'utérus, 1902. *O. Doïn, Paris*, p. 289.

Boursier (1) conclut, à ce sujet, que « tout en acceptant le précepte de Martin, qui dit que, si le chirurgien ne doit pas hésiter à enlever les organes malades, il a d'autre part le devoir de conserver ce qui paraît sain, il faut néanmoins ajouter que, dans ces dernières années, la chirurgie conservatrice a perdu du terrain. » La réservant seulement à certaines ovarites scléro-kystiques douloureuses, à quelques petits kystes hématiques folliculaires ou des corps jaunes, à certaines lésions localisées, petites et peu étendues de l'ovaire, mais alors, ainsi que le fait remarquer G.-L. Faure, très difficiles à reconnaître (et, même dans ces cas, bien que pouvant donner des résultats indiscutables et définitifs, elle reste toujours un peu hasardeuse et expose à des mécomptes), il ajoute que « les opérations conservatrices de la trompe semblent au contraire à peu près abandonnées ».

Et, en effet, on trouve relativement peu de cas de salpingostomie dans les littératures médicales de ces dix dernières années. Ce n'est d'ailleurs pas un fait isolé. Chaque fois qu'une opération nouvelle paraît, ayant à son actif de beaux succès, il se produit en sa faveur un grand engouement. Le zèle des chirurgiens les conduit tout naturellement à en étendre de plus en plus les indications, qui se trouvent ainsi quelquefois dépassées. Quelques mécomptes arrivent ; et l'on assiste à une réaction. L'histoire de l'appendicectomie fournit un exemple analogue.

(1) BOURSIER. — Précis de gyn. O. Doin, Paris 1908. Coll. Testut.

Mais, c'est alors que des discussions ont lieu et qu'ainsi, peu à peu, se précisent les indications et la technique opératoire de l'opération incriminée.

La thèse de Py (1), en 1909, vante les avantages des opérations conservatrices. Son maître, de Rouville (2), fait paraître une série de cent trente opérations conservatrices suivies de bons résultats (1910-1911). Mais, de Rouville, comme Pozzi, rejette la salpingostomie, en l'efficacité de laquelle il n'a pas confiance.

E. Kehrer (3), de Heidelberg, publie en 1909 un cas de salpingostomie suivi de grossesse et indique les conditions dans lesquelles cette opération est, pour lui, justifiée.

En 1910, au Congrès de chirurgie de Paris, Hartmann déclare croire qu'il faut se montrer plus conservateur qu'on ne l'était il y a quelques années. « C'est d'ailleurs, dit-il, une tendance qui se généralise, particulièrement en Allemagne, où Ammann déclare ne plus faire d'exirpations en dehors de la tuberculose. »

A la Société américaine de gynécologie, en mai 1911, Gellhorn (4), de Saint-Louis, rapporte un cas de grossesse et accouchement normal, suivi d'une

(1) PY. — Avantages des opérations conservatrices dans les salpingo-ovarites (*Th. de Montpellier*, 1909).

(2) DE ROUVILLE. — Considérations sur le traitement des salpingo-ovarites chroniques (*La Gynécologie*, 1910, p. 409-414).

Du même. Traitement des salpingo-ovarites chroniques (*Archives de gyp. et d'obst.*, 1911, p. 658-662).

(3) KEHRER. — *Monatsschrift für Gebur und Gyn.* Bd XXX, Hft 5, 1909.

(4) GELLHORN. — *Am. j. of obst.*, juillet 1911.

nouvelle grossesse, après salpingostomie d'un côté et ablation du côté opposé. Il dit avoir trouvé treize cas analogues dans la littérature et précise les indications de l'intervention, la rejetant notamment pour les occlusions tubaires dues à la gonorrhée.

Dans la discussion qui suivit, Thomas J. Watkins, de Chicago, dit l'avoir pratiquée plusieurs fois, et, ayant constaté souvent une fermeture de l'orifice, il modifia dernièrement sa technique, suturant les lèvres de la mûqueuse de chaque côté de l'ovaire. Il rappelle un cas d'infection après avortement, qui fut suivi de grossesse. Il avait opéré par la voie vaginale antérieure. La femme eut plus tard, après sa grossesse normale, une grossesse tubaire.

J. Wesley Boyée, de Washington, dit avoir pratiqué plusieurs salpingostomies et avoir eu un cas de grossesse ectopique à la suite de l'une d'elles.

Robert L. Dickinson Brooklyn a fait seize à dix-huit fois la suture de la trompe ouverte sur l'ovaire, mais il dit avoir abandonné la méthode.

Jacobson (1), de St-Petersbourg, cite dans un article de la *Revue de gynécologie*, un cas de salpingostomie suivie de grossesse et accouchement à terme. L'intervention avait été faite par la voie vaginale, avec l'aide de la pélycoscopie du professeur Dm. de Ott. Ce procédé a été également envisagé par Jayle (2), au 24^e Congrès de chirurgie de Paris,

(1) JACOBSON (W. de St-Petersbourg).— Des résultats des opérations conservatrices pratiquées sur les trompes et les ovaires (*Revue de gyn. et ch. abd.*, juillet 1911).

(2) JAYLE.— 24^e Congrès de ch. Paris 1911, F. Alcan, p. 263 (Traite-

dans la séance du 3 octobre. Il dit que l'extension de cette pratique « aurait pour conséquence de restreindre le nombre des castrations pratiquées pour lésions inflammatoires de l'utérus et des annexes. » Mais il reste très convaincu de la supériorité de la voie sus-pubienne (par laquelle ont été pratiquées jusqu'à présent presque toutes les salpingostomies) pour le traitement chirurgical conservateur des annexes seuls.

A Lyon, notre maître M. le professeur Aug. Pollosson a pratiqué fréquemment la salpingostomie. Peu de ses malades d'hôpital ont pu être suivies. L'une d'entre elles a présenté une grossesse qui évolua parfaitement, un an et demi après l'intervention. C'est un cas absolument démonstratif qui ne saurait être sujet à controverses. Récemment, M. le professeur A. Pollosson a présenté à la Société de chirurgie de Lyon (séance du 15 février 1912) (1) une pièce anatomique des plus probantes, provenant d'une malade à laquelle il avait fait sept ans auparavant une salpingostomie terminale, et fait à ce sujet une communication que nous rapporterons à la fin de notre travail.

Ainsi, des travaux innombrables, indiquant quelle somme d'énergie et de science ont été dépensées à la question du traitement des maladies inflammatoires, des annexes ont paru, et la question est loin d'être tranchée définitivement. Le traitement radical

ment opérat. en un temps des lésions inflammatoires des annexes et de l'utérus, à l'aide de la pélyscopie).

(1) A. POLLOSSON. — *Lyon chirurgical*, 1^{er} avril 1912, p. 471.

compte encore un certain nombre de partisans, en tête desquels il faut citer Segong, Routier, Reclus, qui sont les adversaires acharnés du traitement conservateur en gynécologie. Et parmi les conservateurs, l'accord n'est pas fait au sujet des diverses interventions conservatrices. C'est ainsi que Pozzi et de Rouville, notamment, sans repousser absolument la salpingostomie, ne lui témoignent toutefois que peu de confiance.

Il semble bien, néanmoins, que la pensée de la plupart des chirurgiens puisse trouver son expression dans la phrase de Jayle (1) : « En gynécologie, comme en chirurgie des membres, la thérapeutique radicale ne doit être acceptée que comme un pis-aller ; le traitement conservateur reste l'idéal à poursuivre, bien que difficile à atteindre. »

En ce qui concerne le salpingostomie, elle aura d'autant plus l'occasion d'être effectuée que la pratique de la chirurgie exploratrice se généralisera, permettant ainsi d'intervenir, grâce aux perfectionnements de l'asepsie et de la technique opératoire, pour de petites lésions gynécologiques.

(1). JAYLE. — *Loco citato*.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il semblerait qu'il fût suffisant d'indiquer des résultats favorables pour faire admettre l'opération, avec laquelle ils ont été obtenus, en l'absence d'autre part de résultats défavorables trop nombreux ou trop souvent à redouter. Mais il est préférable d'y ajouter la recherche d'une base vraiment scientifique, soit pour la légitimer, soit pour en préciser les indications. Car, une opération qui compte, sinon comme adversaires, du moins comme détracteurs, des gynécologues tels que MM. Porri et de Rouville, mérite bien que ceux qui en sont partisans combattent pour elle.

De Rouville (1), au Congrès de Toulouse en 1910, dit qu'en dehors de la destruction d'adhérences péritubaires déviant et coudant la trompe, il n'a jamais eu recours aux opérations conservatrices sur cet organe : « La sa'pingostomie n'a donné, jusqu'à ce jour, que des résultats problématiques ; et, si le pavillon est oblitéré, je conserve des doutes sur

(1) DE ROUVILLE. — *La Gynécologie*, 1910.

l'aptitude au fonctionnement normal du conduit tubaire, après création d'une bouche artificielle. »

Dans son traité de gynécologie, une opinion semblable est émise par Pozzi (1). Conservateur, surtout lorsqu'il s'agit d'une femme jeune, dont il ne faut pas sacrifier trop facilement la fécondité et qu'il vaut mieux exposer à une seconde opération, si elle devient nécessaire ; conservateur au maximum, surtout pour l'ovaire, à la résection partielle duquel il attache une grande valeur toutes les fois qu'elle est possible, particulièrement dans l'altération scléro-kystique, il n'a par contre qu'une confiance bien plus limitée aux opérations de salpingostomie ou de résection partielle de la trompe : « Sans les déconseiller absolument, dit-il, je n'ai cependant que peu de confiance dans leur utilité : je crois, en effet, que toutes les fois que la trompe présente des signes d'inflammation ancienne assez intense pour l'avoir transformée en kyste séreux, ou même seulement pour avoir oblitéré son pavillon, sa structure et partant ses fonctions physiologiques sont fortement compromises. » Il pensait déjà de même dans son édition de 1895 ; et, à cette époque, il exposait ou faisait exposer plus amplement ses arguments dans des travaux que discute Jarsaillon, dans sa thèse de 1899.

« M. Pozzi ne donne-t-il pas, dit Jarsaillon, aux lésions des parois tubaires plus de gravité qu'elles n'en présentent, dans un certain nombre de cas du

(1) Pozzi. — *Traité de gynécologie*, tome II, p. 874, 4^e édition, 1907.

moins. Il semble aussi qu'il n'admette pas une réparation suffisante qui, cependant, semble réelle très souvent. »

Bien que l'on ne soit pas du tout fixé sur la manière dont s'effectue le passage de l'ovule dans la trompe, le rôle des franges du pavillon, celui des cils vibratiles de l'épithélium nous y apparaissent comme évidemment très utiles ; mais ils ne sont pas indispensables, comme le prouvent les cas connus de grossesse, très nombreux actuellement, consécutifs à l'ablation de la trompe d'un côté et de l'ovaire de l'autre, comme le prouvent des cas de grossesse après ablation des 2/3 et même plus des trompes (1), et même à la suite de leur ablation paraissant complète (2). A plus forte raison, si l'on rétablit par des procédés opératoires (toujours susceptibles de perfectionnement, à mesure que les cas se multiplient), le mieux que faire se pourra, le dispositif naturel pour faciliter le passage de l'ovule dans la trompe.

Mais, ce passage ne sera évidemment d'aucune utilité, si la trompe, presque toujours, n'est point perméable dans le reste de son trajet, et particulièrement à l'ostium uterinum, ainsi que le croyaient autrefois la plupart des auteurs. C'est à Raymond (3)

(1) Cas de Fritsch (*Cent f. Gyn.* 1897, Bd XVI, p. 1228).

(2) Cas de Gordon, (*Gyn. Transactions* 1896, tome XXI, p. 104.

— Strassburg, *Sutton* (id. 1896 t. XXI, p. 709).

— Alban Doran (*Brit. med. Journ.* 1902, V, I, p. 1768).

(Bien plus, dans ces trois derniers cas, le chirurgien avait cru faire une ablation complète des ovaires.)

(3). REYMOND. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique des salpingo-ovarites (*Th. de Paris*, 1894-95).

que revient le mérite d'avoir fait justice de cette objection. Les conclusions auxquelles ce travail déjà ancien, mais minutieux et soigné, ont conduit l'auteur, sont actuellement acceptées par les gynécologues.

Reymond, sur quatre-vingt-quatorze salpingites examinées successivement, n'a pas une seule fois trouvé d'oblitération complète à l'extrémité utérine. Il va même plus loin et dit, que si, auparavant il en a découvert quelques cas, « c'est peut-être qu'il n'a pas su rechercher cette lumière ». On n'a que l'embarras du choix pour recueillir des constatations identiques. Souvent, dans les interventions conservatrices sur la trompe, les chirurgiens ont exploré cette perméabilité, à l'aide d'un cathéter fin, et l'ont trouvée presque constante.

F. Glasgow (1) a toujours remarqué que les trompes qu'il enlevait et celles qu'il voyait enlever étaient perméables du côté de l'utérus.

Riess (2), faisant des coupes en série sur des moignons de trompes amputées près de la corne utérine, a trouvé, à sa grande surprise, des trompes perméables. Gottschalk (3), cependant, a constaté l'oblitération du canal tubaire, mais seulement au niveau de la ligature.

Wesley-Bovey (4), également, à l'occasion de plu-

(1) F. GLASGOW. — *Ann. gyn. et obstet.* j., nov. 1894.

(2) RIESS. — Du pédicule tubaire après salpingectomie. *Central f. Gynæk.*, juillet 1897.

(3) GOTTSCHALK. — Cité par Riess.

(4) WESLEY-BOVEY. — *American Journ. of obst.* 1898, vol. XXXVIII, p. 57).

sieurs cas de salpingostomie, dans lesquelles une hystérostomie ultérieure avait été jugée nécessaire, a pu s'assurer de la perméabilité du moignon tubaire.

Il en est de même d'auteurs cités par La Torre (1): Wat Kins et Albers; ce dernier cependant a rencontré neuf fois sur trente-cinq l'orifice utérin oblitéré; mais il ne dit pas comment il l'a constaté.

Aussi, tous les auteurs admettent-ils aujourd'hui que la transformation kystique est due presque toujours aux déviations de l'oviducte, aux déformations de son canal, si fréquentes dans ces cas au niveau de la corne utérine, et auxquelles peut se joindre une turgescence passagère de la muqueuse et des parois, comme le prouvent jusqu'à l'évidence les cas d'hydrosalpinx intermittent. Il en est de même pour la stérilité (Doléris). C'est pour cette raison que l'on s'efforce de rétablir la statique des trompes prolabées, par la salpingopexie, au cours des opérations conservatrices.

On peut donc, à bon droit, semble-t-il, dans la salpingostomie, compter sur la perméabilité de l'ostium uterinum. D'ailleurs, il n'est pas douteux, que le cathétérisme rétrograde puisse, dans une certaine mesure, non seulement permettre de s'en assurer, mais même de la rétablir quelquefois dans les rares cas où cela serait nécessaire.

Il n'en est pas de même du pavillon. Sa fermeture est autrement fréquente et autrement irrémédiable.

(1) LA TORRE. — *Interno alla chirurgia conservatrice delle suffurazioni nelriche*, Rome, 1899.

Hartmann, cependant, contrairement à l'opinion de Nøggerath qui veut que la salpingite (blennorragique) détermine immédiatement une oblitération du pavillon, croit qu'il n'est pas rare de voir un pavillon perméable, même dans la salpingite suppurée blennorragique. Toutefois cette oblitération n'en est pas moins habituelle dans les diverses salpingites. Dans les opérations faites sur des indications sérieuses, après des poussées plus ou moins graves de pelvi-péritonité (Cerné), on trouve la fermeture du pavillon cinq à six fois sur dix. Et cette oblitération est non seulement habituelle, mais définitive. « Quant au retour, dit M. Goullioud (*loco citato*), de la perméabilité d'un pavillon bien fermé, je n'y crois pas, à voir la constance de la stérilité indéfinie dans la double salpingite. Nous ne connaissons pas de fait établissant le retour de la perméabilité d'un pavillon complètement fermé. » Et M. Goullioud conclut qu'il y a lieu, à ce point de vue spécial de la grossesse, de faire la salpingostomie.

Il nous reste encore, sans entrer dans les détails histologiques, bien étudiés par Reymond (*loco citato*), à citer les conclusions auxquelles il est arrivé, ainsi que Riess (*loco citato*) et que Bettmann (1), touchant les diverses tuniques constituant la trompe : combien la muqueuse est résistante à la maladie, combien l'épithélium a de force à persister ou à se régénérer : combien les

(1) BETTMANN. — Contribution à l'anatomie pathologique des trompes de Fallope. (*Am. Jour. of obst.*, n° 5, 1897).

autres tuniques ont peu de tendance à dégénérer et beaucoup à se rétablir. Des trompes, en apparence très compromises, n'en sont pas pour autant irrémédiablement vouées à l'impuissance fonctionnelle. Telle est aussi l'opinion soutenue par Isaac (1) dans sa thèse. « Ce n'est pas, dit-il, que nous prétendions dire que l'intégrité physiologique des trompes guéries de leur inflammation soit la règle ; bien loin de là. Mais la conception ne fût-elle possible que chez une femme sur cent, ce serait encore le cas de dire avec Trélat : « que quelques succès de ce genre » permettent de supporter de nombreux échecs ».

De fait, la *restitutio ad integrum* de la trompe paraît possible, *abstraction faite toutefois de la fermeture du pavillon*, dont la réouverture spontanée doit être bien rare. Cette réserve faite, on peut citer l'opinion suivante de Dôlérís (2), basée il est vrai sur des raisons d'ordre purement logique : « Lorsqu'un conduit comme la trompe, dit-il, est interposé à deux cavités (utérus et péritoine), sécrétant des fluides de densité différente : l'un muqueux, l'autre séreux ; de réaction chimique différente : l'un très alcalin, l'autre neutre ; et que la paroi de ce conduit est elle-même revêtue d'un épithélium à plasma peu stable, plutôt liquide que demi-liquide, il y a grande chance pour que le courant tende à se maintenir. En tout cas, il y a prédominance des conditions en

(1) ISAAC (Aug.). — De la grossesse consécutive aux traitements conservateurs dans les affections inflammatoires des annexes (*th. Paris*, 1895). Et *nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, 1895, p. 209 à 254, 265 à 280, 313 à 320.

(2) DÔLÉRIS. — (*Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, mars 1892).

faveur de la permanence du courant ou en faveur de son rétablissement, s'il vient à se produire une interruption passagère. » Aussi bien, ces arguments peuvent-ils être invoqués en faveur de la trompe à laquelle on vient de faire un nouveau pavillon.

En résumé, nous dirons qu'il faut espérer beaucoup de la trompe (une trompe même malade (1) pouvant jouer son rôle physiologique); qu'il est possible, d'autre part (ce qui est le but de l'opération plastique), de guérir des lésions de la trompe, en apparence irréparables (rétrécissements multiples) — ainsi que le conclut Vidal (2), de son observation que nous rapporterons : — « L'organe fût-il altéré et sclérosé dans sa totalité, théoriquement perdu pour la fonction: Obturé à son orifice externe, rétréci à l'extrême en deux régions distinctes, le salpinx gauche était visiblement, avant l'intervention, un organe inutile, et la dernière grossesse avait dû se produire par les annexes droites, le kyste n'existant pas encore ou n'étant guère développé. Soigneusement rétabli, le calibre a pu se maintenir et l'ovule cheminer sans encombre vers son lieu de fixation ».

Ainsi donc, les opérations conservatrices, en général, de la trompe sont permises grâce à la rareté de l'oblitération de l'ostium uterinum et à la facilité de la *restitutio ad integrum* pour les parois tubaires.

(1) Observation de BÉTRIX, Genève 1894. — Grossesse consécutive à guérison par ponction d'une double collection tubaire (pyohématosalpinx d'un côté; hydrosalpinx de l'autre).

(2) VIDAL. — *Loco citato*.

La salpingostomie, d'autre part, est souvent indiquée par suite de la fréquence et de la persistance de l'oblitération du pavillon. Mais il est encore une condition que cette opération doit absolument remplir; c'est que l'orifice artificiel, le nouveau pavillon fait par le chirurgien, reste habituellement ouvert. Si, en dehors de toute poussée inflammatoire nouvelle, il venait à se fermer comme une cicatrice, l'opération n'aurait évidemment plus de raison d'être. Et c'est bien là ce que l'on pourrait prétendre, en se basant uniquement sur les expériences de Cornil (1). En raison de nouvelles expériences qui sont en cours sur la salpingostomie expérimentale, nous croyons utile de rapporter la description de l'auteur.

Cette facilité de la cicatrisation des cavités muqueuses nous a conduit à chercher ce qui se passe lorsqu'on retourne un conduit muqueux, après l'avoir largement ouvert, de façon que sa surface interne, de concave, soit rendue et maintenue convexe. Dans ce but, nous avons ouvert avec les ciseaux, suivant le raphé médian antérieur, dans une étendue de quatre à cinq centimètres, les cornes utérines des chiennes. Chacune des deux lèvres de la plaie a été renversée en dehors et maintenue dans cette situation par un fil à ligature unissant les deux lèvres, et passant entre la corne utérine et son méso péritonéal. Au milieu de cette ouverture losangique de la corne utérine, sa muqueuse était convexe au lieu d'être concave, et elle se trouvait directement en rapport avec la cavité du péritoine. Mais bientôt un feuillet du grand épiploon venait la recouvrir et s'atta-

(1) CORNIL et RANVIER. — Manuel d'histologie pathologique, 1901, tome I, p. 193.

cher par une cicatrice aux deux bords de la plaie dans toute leur longueur. La muqueuse ainsi mise à nu subissait une dégénérescence de son revêtement épithélial, mais non de ses glandes. Dans les conditions normales de l'utérus, c'est-à-dire pendant que la chienne n'était ni dans la période du rut, ni dans celle de la gravidité, la cavité de la corne utérine était conservée; elle était vraisemblablement garantie par la sécrétion du mucus qui se continuait à la surface de la muqueuse et empêchait le grand épiploon de contracter adhérence avec elle. Aussi, lorsque nos animaux étaient sacrifiés de 12 à 20 jours après l'opération, la cavité de la corne utérine était complètement reconstituée; sur une section transversale complète de la corne utérine au centre de la plaie, on voyait que sa surface interne sur la moitié environ de sa circonférence, était fournie par la muqueuse ancienne avec son revêtement d'épithélium cylindrique et ses glandes. Souvent la muqueuse était bourgeonnante, et ses bourgeons principaux, séparés par des dépressions ou plis, également tapissés d'épithélium cylindrique. Cette muqueuse présente habituellement les signes d'une inflammation, car le tissu conjonctif présente des cellules volumineuses, des leucocytes en plus ou moins grande quantité, des vaisseaux à parois minces et molles laissant échapper des globules rouges qui forment de petites ecchymoses, ou dont le pigment remplit un certain nombre de cellules migratrices et de cellules conjonctives. L'autre moitié de la surface interne et de la paroi de la corne utérine était formée par le grand épiploon, enflammé lui-même, présentant des cellules de tissu conjonctif hypertrophiées, des leucocytes, souvent aussi des infiltrations sanguines, et un pigment sanguin dans les cellules ou en dehors d'elles.

Cette lame épiploïque, enflammée, épaisse, devenue fibreuse et cicatricielle, qui unit les deux bords de la plaie utérine et les rapproche l'un de l'autre, est toujours tapissée sur sa surface interne, après 12 ou 15 jours, par des cellules épithéliales qui se continuent sans interruption avec les

cellules cylindriquee du revêtement de la partie ancienne de la muqueuse. Aussi sur les coupes voit-on une couche d'épithélium interrompue limitant la lumière de la cavité utérine reconstituée à nouveau.

Dans la cavité elle-même on trouve du mucus, des leucocytes et de grandes cellules cylindriques devenues sphériques, parfois avec 2 ou 3 noyaux et des vacuoles.

Dans cette reconstitution complète de la paroi utérine, il faut considérer deux parties : la paroi et la muqueuse. La paroi normale de la corne utérine présente à considérer deux couches épaisses de faisceaux musculaires lisses, l'une sous-muqueuse, l'autre externe sous-péritonéale, séparées par du tissu conjonctif très vascularisé, et le péritoine à la périphérie. La cicatrice épiploïque qui complète la paroi après sa section et l'écartement des deux lambeaux est uniquement formée de tissu conjonctif enflammé et cicatriciel ; elle s'unit et se continue avec le tissu conjonctif de la paroi utérine ancienne, mais elle ne renferme pas de faisceau de fibres musculaires lisses.

La partie ancienne de la paroi étudiée au niveau des fils à ligature ou près de lui montre les trous aux bords de la solution de continuité opératoire. Les fils ont bien tenu et ils ont imprimé 2 plicatures très prononcées à la couche musculaire externe.

L'épithélium superficiel et glandulaire de la partie ancienne de la muqueuse est enflammé ; ses cellules cylindriques sont longues.....

Puis, l'auteur rend compte des modifications histologiques qu'il a observées au niveau de cette partie ancienne de la muqueuse et au niveau de la cicatrice obturante, montrant que l'épithélium nouveau de la partie cicatricielle est « très certainement, dit Cornil, une émanation directe de celui qui se trouve à la

surface de la muqueuse ancienne et de ses glandes en tube ».

« En résumé, conclut-il, une perte de substance considérable d'un conduit utérin ne l'empêche pas de se reconstituer, la cavité retournée se fermant par une nouvelle paroi, et la muqueuse se refaisant complètement avec son revêtement épithélial et avec ses glandes propres sur toute l'étendue de la cicatrice. »

Chez une chienne en rut, les phénomènes avaient été un peu différents ; l'animal ayant été sacrifié vingt jours après l'opération, la muqueuse « déjà modifiée en vue d'une fonction nouvelle » avait agi vis-à-vis du péritoine en contact avec elle comme elle l'eût fait dans la gestation vis-à-vis de l'ectoderme.

Cornil et Carnot ont fait la même opération sur la vésicule biliaire de deux chiens, sacrifiés au 25^e et au 28^e jour. Ils ont trouvé la cavité de la vésicule et la paroi complètement reconstituées, closes de toute part.

Cornil et Carnot, pour étudier les phénomènes initiaux de cette réparation, ont sacrifié des animaux 5, 10, 24 heures après des plaies simples de l'uretère et de la corne utérine. « Pour l'uretère, nous ouvrons avec des ciseaux ce conduit, suivant sa longueur, dans une étendue de 1 à 2 centimètres, après laparotomie et ligature préalable du canal urétérien au-dessus de la section. » Ils ont pu ainsi étudier le mode de formation de cette obturation : dépôt de fibrine, glissement ou greffe (décalçage) épithéliques ; le grand épiploon obture la plaie et adhère à

la fibrine, organisation conjonctivo-vasculaire de la fibrine, la cicatrice devient fibreuse.

Qu'il s'agisse d'une plaie simple de l'uretère ou d'une incision étendue avec retournement en dehors de ce conduit, l'épithélium est complètement refait à la surface de la muqueuse reconstituée, 4 jours après une plaie simple, de 8 à 10 jours après le retournement.

Lorsqu'on étudie, de cinq en cinq heures après l'opération, les phénomènes observés après une section longitudinale de la corne utérine de la chienne à l'état de vacuité, on constate une réparation analogue à ce que nous venons de décrire pour l'uretère.

A ne considérer que ces expériences on pourrait certes conclure à l'inutilité de toute salpingostomie. Encore faudrait-il admettre que l'on puisse absolument conclure de ce qui passe pour la corne utérine de la chienne, pour la vésicule biliaire et pour l'uretère de ces animaux, à ce qui doit se passer pour les trompes de Fallope. A la vérité, il n'y a pas de raison anatomique de ne pas le faire. Peut-être y a-t-il une raison physiologique : chez la femme, un état presque permanent de fonctionnement de ces organes entretient peut-être le courant, dont parlait Doléris (*loco citato*), courant favorable à la persistance de l'orifice de salpingostomie.

Quoi qu'il en soit, une objection autrement importante, et qui à elle seule suffit, croyons-nous, à empêcher de conclure jusqu'à de nouvelles expériences, peut être posée. Dans quelles conditions d'asepsie furent réalisées les expériences de Cornil et de Carnot ? Certes, le contenu, comme le fait

remarquer Cornil, de la vésicule biliaire du chien est physiologiquement aseptique, le canal cystique fut lié (ainsi que l'uretère dans les expériences sur ce conduit); les chiens « présentèrent seulement des douleurs de coliques, mais sans péritonite, ni état général fébrile ». Cependant, il est certain que les précautions d'asepsie prises par Cornil et Carnot n'avaient rien de comparable à celle que prend le chirurgien pour faire une salpingostomie. L'infection, dont l'analyse histologique de Cornil, d'ailleurs, rapporte les marques, s'est très probablement produite et a pu troubler l'évolution normale. Peut-être faut-il aussi incriminer l'épanchement sanguin; car il est bien probable que l'hémostase ne fut pas faite comme par un chirurgien; et nous aurons l'occasion de dire plus loin que pour certains gynécologues, un épanchement sanguin, même léger et même aseptique, peut suffire quelquefois à fermer le pavillon de la trompe.

Il convient donc de reprendre, avec la même technique que pour une opération chez la femme, la salpingostomie expérimentale. C'est ce qu'ont déjà commencé MM. Viollet et Fisher, M. Murard, interne des hôpitaux, chez la génisse et la lapine. Nous regrettons vivement que le temps nous manque pour attendre les résultats de leurs expériences. Elles auront, si elles sont positives, une grande valeur. Mais si elles sont négatives, elles ne pourront, quand même, aller à l'encontre des cas de grossesses, peu nombreux, il est vrai, mais dûment constatés, dans lesquels l'ovule n'avait

pour passer qu'un orifice de salpingostomie, datant quelquefois de plusieurs années. Elles ne détruiraient pas non plus la valeur de la pièce anatomique que M. le professeur Aug. Pollosson (*loco citato*) a présenté récemment à la Société de chirurgie de Lyon.

Si cependant cette oblitération arrivait quelquefois à se produire, on peut se demander si l'obligation pour la ponte ovulaire de se faire alors dans le péritoine serait sans inconvénient. On peut répondre avec Armand (1), envisageant la question au point de vue des opérations conservatrices en général, qu'il n'y en a pas. « Bien que Routier ait publié, dit-il, en 1905, un cas d'hématocèle chez une opérée à qui il ne restait qu'un ovaire; et ait interprété le fait en disant que les règles s'étaient faites dans le péritoine, le cas est unique parmi les innombrables opérations de ce genre, et d'ailleurs d'autres interprétations se présentent au point de vue de la pathogénie de cette hémorragie post-opératoire tardive. De nombreux faits anatomo-pathologiques montrent l'innocuité de cette ponte, l'ovule tombé dans le péritoine, laisse un petit kyste aseptique ou se résorbe ».

Reste encore une objection, qui est peut-être la plus importante que l'on puisse faire aux opérations conservatrices en général, et qui s'adresse

(1) ARMAND (L.) — Le traitement conservateur dans les salpingo-ovarites (ses résultats éloignés d'après 46 ablations partielles d'annexes). Travail de la clinique gynécologique du professeur Aug. Pollosson *Th. de Lyon*, 1911.

encore plus à la salpingostomie qu'à toute autre. N'est-ce pas ainsi, comme le redoutaient déjà au congrès de Bonn, en 1891, Landau et Chroback, qui rejetaient, pour cette raison l'opération de Martin, s'exposer à voir se développer une grossesse extra-utérine ? Beaucoup de gynécologues anciens, arguant de la facilité de la production des cloisonnements du canal tubaire, de la fréquence des coudures pouvant permettre la circulation du spermatozoïde tout en s'opposant à celle de l'ovule, de l'existence de petits polypes qui s'implantent sur la muqueuse à la suite d'une salpingite, avaient voulu voir dans l'implantation de l'œuf sur la muqueuse tubaire, la première manifestation du retentissement des salpingites sur la grossesse. Mais on connaît aujourd'hui la fréquence du retour à la perméabilité, voire à l'intégrité physiologique d'une trompe même fortement atteinte. On sait aussi que l'on peut remédier aux coudures par la salpingopexie, que l'on peut guérir même des rétrécissements très serrés par le calibrage et la salpingorrhaphie, puisque Vidal l'a fait avec succès.

On est moins bien fixé sur la pathogénie de la grossesse extra-utérine. J. de Vésian (1) rapporte diverses opinions à ce sujet : « Paquy, dans sa thèse, arrive à cette conclusion que la salpingite n'exerce aucune influence sur la production des grossesses tubaires. A. Pétersen, 1900 (thèse de Copenhague), arrive à des conclusions diamétralement opposées. »

(1) J. DE VÉSIAN. — Salpingites et grossesse. *Th. de Toulouse*, 1902.

« Lawson Tait avait vu dans les lésions muqueuses des trompes, une cause presque infaillible de la grossesse tubaire. Bland-Sutton a protesté un des premiers contre ces hypothèses, qu'il traite de spéculatives. Aug. Martin, au Congrès de Bruxelles, abandonnant une idée soutenue jusque-là, dit : « Si on considère combien est difficile le « développement ectopique de l'œuf, il faut admettre que la trompe est encore plus saine que l'utérus pour que l'œuf puisse s'y greffer. Il se peut « qu'il y ait eu un processus morbide, mais la « trompe a dû revenir à son intégrité pour permettre à la grossesse de s'y développer ».

Cette opinion de Martin s'accorde tout à fait avec celle de M. le professeur Aug. Pollosson, qui, de ses observations personnelles, conclut que la grossesse extra-utérine est plus fréquente avec des trompes vierges de toute atteinte.

Une observation de Jacobson (*loco citato*) peut trouver place ici.

Malade de 35 ans, mariée depuis 9 ans, stérile. Trois ans avant l'opération a subi une maladie gynécologique aiguë dont elle guérit, et se portait bien. Le 25 février 1902, après des règles régulières fort peu abondantes — quelques gouttes de sang à peine — la malade ressentit de vives douleurs dans le ventre, suivies de vomissements (31 mars 1902) : curretage de l'utérus. Colpotomie postérieure. Libération des adhérences du Douglas; énucléation de deux noyaux fibromateux avec sutures des plaies. Libération des annexes gauches; la trompe droite contenait dans sa partie moyenne un œuf gros comme une noix; la trompe fut incisée dans sa longueur, l'œuf enlevé à la curette, et la trompe

suturée. Les premiers jours après l'opération, la malade fit de la fièvre, mais ensuite se rétablit complètement. Puis, dans l'espace de sept ans, la malade accoucha deux fois à terme.

On peut faire encore une objection : qu'espérer le plus souvent d'une grossesse chez une femme dont les organes génitaux ont été infectés ; l'avortement n'en est-il pas très souvent la conséquence ? Les statistiques de Blanc, de Picqué et Charrier le montrent dans la moitié des cas. Mais les cas étudiés par ces auteurs sont des cas graves ; et les faits de ces dernières années ne montrent pas des résultats aussi déplorables. D'ailleurs, la salpingostomie n'est pas seulement pratiquée pour des cas dans lesquels les organes génitaux ont été infectés dans leur totalité. Elle est indiquée, au contraire, surtout, sinon uniquement, dans les cas où la trompe a été seule atteinte, ainsi que nous le dirons plus loin.

On peut donc conclure que, du seul point de vue anatomique, rien ne permet de regarder comme une cause possible de grossesse extra-utérine la salpingostomie, surtout si l'on rapproche l'orifice tubaire de la surface de l'ovaire. Il nous faudra plus loin examiner la question au point de vue clinique ; des cas de grossesses ectopiques ayant été observés dans ces dernières années par des auteurs américains.

Nous devons maintenant passer en revue les lésions anatomo-pathologiques des diverses affec-

tions inflammatoires des annexes, qui accompagnent et qui causent le plus communément l'oblitération de l'ostium abdominale. Nous procéderons, autant que nous pourrons, par ordre d'infection et de gravité décroissantes, dans le but de mettre en évidence les cas où la salpingostomie offrira en même temps le maximum d'utilité et le minimum de dangers.

L'ostium abdominale peut s'obstruer en s'abouchant sur l'ovaire, ou aux organes voisins (adhérences plus rares : avec le péritoine) (Roothorn, Desguin), une anse d'intestin, la paroi utérine (Reymond). Dans ce cas, à moins de fusion intime produite par des lésions graves et prononcées, quand on a rompu les adhérences, on retrouve habituellement l'orifice perméable. Il est moins fréquent de pouvoir rétablir l'orifice naturel quand l'ostium s'est oblitéré sur place — ce qui semble être le cas habituel ; — soit que les franges, par suite de leur inflammation et de leur épaissement, tendant à se replier sur elles-mêmes et à rentrer dans le pavillon, mettent en contact leurs faces péritonéales, qui adhèrent entre elles par le mécanisme ordinaire des adhérences des surfaces séreuses, le pavillon disparaissant ainsi, remplacé par une cicatrice déprimée parfois peu visible (Reymond); soit que, d'autres fois, les adhérences se produisant au niveau même de la muqueuse, à la partie profonde de l'orifice, le pavillon, avec ses franges rayonnantes, affecte alors la disposition en cul-de-sac (Legueu).

La cause des salpingites, qui semble la plus fréquente, et qui est la gonorrhée, est aussi celle qui

occasionne les lésions les plus étendues et les plus infectieuses de l'appareil génital de la femme (nous n'avons en vue, bien entendu, ni les pelvi-péritonites diffuses, ni les phlegmons du ligament large). En effet, l'avis de la majorité des auteurs est que la salpingite blennorrhagique est presque toujours bilatérale (même quand la femme, ainsi que le conclut Isaac (*loc. cit.*) ne se plaint que, d'un seul côté, ou que l'examen ne donne que des renseignements insuffisants; que l'infection des trompes est consécutive à celle de la muqueuse utérine; que la propagation s'y fait de proche en proche par voie muqueuse, comme l'uretère par la vessie, comme le cholédoque par l'intestin. C'était déjà l'opinion de Terillon (1). Citons également P. Segond (2); Trélat, Quénu, Terrier, Reymond (3); M. Goullioud (4), qui conclut souvent de la constatation d'une lésion unilatérale à la stérilité, etc., etc...

Lucas-Championnière a, cependant soutenu, à plusieurs reprises, la propagation constante par voie lymphatique. Bettmann (*loc. cit.*) est également arrivé à cette conclusion qu'il existe certaine affection de la paroi des trompes, très commune et tout à fait indépendante de la participation de la muqueuse; selon toute probabilité, elle n'est pas due à la propagation de l'inflammation venue directement de la muqueuse utérine. Et si cette pathogénie ne semble

(1) TERILLON. — Leçons de cl. chirurg., p. 296.

(2) SEGOND. — Traité de chirurgie, t. VIII.

(3) REYMOND. — *Annales de gyn. et d'obst.*, avril 1895, p. 305.

(4) GOULLIOUD. — Congrès de Lyon, 1894.

guère pouvoir être invoquée pour la blennorrhée, il paraît, au contraire, qu'elle puisse être appliquée dans le plus grand nombre de cas à la salpingite post-puerpérale. Montprofit (1) a pensé que les éléments infectieux peuvent passer par toutes les voies, mais surtout par les lymphatiques. Bumm fait jouer aux veines le rôle le plus important. Et Zogha (2) conclut ainsi : « En résumé, la propagation du streptocoque peut se faire de muqueuse en muqueuse, mais c'est un fait exceptionnel, parce que le streptocoque placé sur la muqueuse ne reste pas, comme le gonocoque, à la surface, mais la traverse aussitôt pour pénétrer plus profondément. Quant à la propagation par voie lymphatique ou par voie veineuse, nous croyons qu'il faut admettre l'une et l'autre. » On est aussi obligé d'admettre cette voie détournée, disent Labadie-Lagrave et Legueu (3) « puisqu'elle est seule capable d'expliquer les ovarites suppurées, existant isolées en dehors de toute altération tubaires, étudiées par Mauger (4) ».

Quant aux salpingites à staphylocoques, à pneumocoques, à celles consécutives à certaines maladies générales, à celles plus exceptionnelles encore dues à l'actynomycose, à la syphilis (5), elles sont trop rares et leur anatomie pathologique trop mal connue,

(1) MONTPROFIT. — *Th. de Paris*, 1888.

(2) ZOGHA. — Des lymphatiques péri-utérins et pathogénie des salpingo-ovarites *Th. de Montpellier*, 1903.

(3) LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité*, p. 653.

(4) MAUGER. — *Thèse*, 1900.

(5) Contrib. à l'étud. de la syphilis des trompes et des ovaires. (Jouen, *Th. Paris*, 1905.)

pour que nous y insistions. Nous laissons aussi de côté pour l'instant celles à *bacterium coli* commune, dues, pour la plupart, à l'appendicite, et qui nous fourniront plus loin des données intéressantes.

Quant à la tuberculose, elle peut causer, à côté de lésions graves et étendues, banales, fibro-ulcéro-caséeuses, caséeuses (abcès froids tubaires), très certainement des lésions bien moindres, que nous envisagerons dans un instant.

Quoi qu'il en soit de l'affection causale, une trompe oblitérée à l'ostium abdominale est, le plus souvent, transformée en kyste ; et l'on a soit un pyosalpinx, soit un hydrosalpinx, soit un hématosalpinx.

Les pyosalpinx ne contiennent pas toujours un pus très septique. Quarante pour cent même, d'après Doléris seraient aseptiques. Wertheim aurait trouvé l'absence de microbes 72 fois sur 116.

L'hydrosalpinx est quelquefois le résultat de l'enkystement d'une simple salpingite catarrhale. Il peut même se produire sans inflammation, car Voskresenski a démontré que la ligature de la trompe à ses deux extrémités suffit à produire un hydrosalpinx en quelques semaines, par rétention des « règles tubaires ». Il peut aussi provenir de la transformation d'un pyasolpinx (Pozzi).

L'hématosalpinx relève des causes les plus variables, parmi lesquelles nous citerons la rétention, sans inflammation, du sang menstruel par suite d'une atrésie ; l'apoplexie tubaire au cours de salpingites catarrhales ou purulentes.

Mais, à côté des infections tubaires de causes uté-

rines, il faut faire une place à d'autres infections qui n'attaquent pas la trompe en pénétrant directement dans sa cavité, qui peuvent, il est vrai, y produire des lésions graves; qui ne s'en prennent trop souvent, il est vrai, qu'à des trompes déjà affaiblies par le gonocoque ou le streptocoque, mais qui atteignent aussi, à n'en pas douter, des trompes indemnes, et qui peuvent dans nombre de cas se borner à fermer l'orifice abdominal, sans pour autant avoir lésé beaucoup les parois et la muqueuse de cet organe. En tête de celles-ci, il faut placer les salpingites d'origine intestinale, signalées par Pozzi le premier, consécutives à l'entérite, à la fièvre typhoïde, à des péritonites, à des abcès de la fosse illiaque, et surtout à l'appendicite, et particulièrement à l'appendicite chronique. Que l'on admette, avec Pozzi (1), Barnsby (2), la propagation des adhérences de l'intestin avec les annexes, à la faveur d'un réseau vasculaire de nouvelle formation; ou, avec Clado (3), par une voie lymphatique normale, qu'il a décrite et qui a été niée par Barnsby, puis par Bernex (4); ou avec Bernex (4), grâce à des rapports médiats par l'intermédiaire du meso-appendice dont la base est souvent en connexion avec le ligament large droit, et par le tissu cellulaire et les vaisseaux contenus dans ces deux organes; le fait important pour nous est que le résultat en soit, le plus souvent comme le

(1) POZZI. — *Bulletin soc. de ch.*, t. XVI, p. 779, 1890.

(2) BARNSBY. — Append cite et annexite, *Th. de Paris*, 1898.

(3) CLADO. — *Sec. de biol.*, *Gaz. des hôp.*, 6 fév. 1899.

(4) BERNEX. — *Th. de Bordeaux*, fév. 1905.

dit Quénu (1) « *des altérations sèches, péritubaires, plutôt que tubaires ; il n'existe du côté des annexes que des lésions de surface* ». « Cette dernière phrase, dit Barnsby (*loc. citat.*), rend merveilleusement l'idée que nous voulons émettre ». La séreuse est prise avant la muqueuse, le péritoine semble présenter le maximum des lésions.

Le chirurgien, surtout quand il opérera à froid, se trouvera, dans ce cas, en présence des lésions, sinon complètement éteintes, du moins très peu infectées et n'ayant pas compromis d'autre part l'intégrité physiologique de la trompe.

Bien plus, il existerait, d'après certains auteurs, des annexites non infectieuses. « La doctrine, disait Richelot, du tout à l'infection domine la gynécologie moderne. Je refuse de croire à l'infection dans les cas où je n'en vois pas de trace. » Doléris et son élève Roulland (2) semblent avoir établi par l'expérimentation et la clinique l'existence de ces annexites non infectieuses. « Le fantôme de l'infection, dit Roulland, a fait méconnaître nombre de troubles physiologiques pénibles pour les malades. Je veux parler des déviations du processus de la ponte ovulaire : hyperhémie excessive, due tantôt à la congestion active ou passive, pouvant aller jusqu'à l'hémorragie. » Envisageant également diverses altérations des ovaires, il dit que « les mêmes causes pourront amener des *catarrhes tubaires*, des *hydrosalpinx*, des kystes tubo-ovariens, trop souvent

(1) QUÉNU. — *J. des Praticiens*, 9 avril, 1898.

(2) ROULLAND. — Annexites non infectieuses. *La Gynécologie*, 1908.

confondus avec des lésions microbiennes ». « La congestion annexielle, dit Doléris, n'est pas plus l'annexite, que la congestion pulmonaire n'est la pneumonie. » Charles Robin et Dalché (*Maladies des femmes*) indiquent qu'il est des corps jaunes profondément situés dans le parenchyme ovarien et qui en raison de leur éloignement devraient déchirer une large surface de l'ovaire pour produire leur déhiscence. Dans ces cas, chaque ponte, suivant Roulland, donne lieu à une petite hémorragie. Ce sang peut se résorber, mais aussi former des caillots qui s'organisent, avec des tractus fibreux, sans qu'il soit possible d'admettre un agent pathogène. Roulland cite une opinion semblable de Döderlein et de Martin (de Greifswald) : *Des affections du tissu conjonctif du bassin*, Martin, 1906 (trad. de Roulland) : « Chez certaines jeunes femmes, dit Martin, et jeunes filles entre 15 et 25 ans, dont le développement s'est passé sans troubles, nous trouvons des épaississements très développés du péritoine, des adhérences et des soudures des organes, surtout des ostiums tubaires, quand on a l'occasion d'ouvrir le ventre pour une autre cause. Autrefois, on était tenté de prendre ces transformations pour des formes résiduales de gonorrhée. Aujourd'hui, il n'est plus possible de trouver quelque chose sur quoi appuyer ces affirmations. J'ai pensé qu'on pouvait peut-être voir là l'effet tardif de la masturbation de la première enfance. En général, ce sont des faits obscurs très difficiles à expliquer. Les quelques faits cliniques et opératoires que nous avons pu constater

nous laissant penser que ce sont là des *lésions très fréquentes*, peu douloureuses, pour lesquelles on ne vient pas nous consulter ».

On connaît, d'autre part, le rôle important que faisait jouer Velpeau aux déviations. Sans doute, dit Roulland, Velpeau était allé un peu loin ; mais il accorde encore moins raison à Jayle pour qui la déviation n'est qu'un accident, une complication de l'inflammation utéro-annexielle. Et il rapporte trois observations, dont la première surtout est probante.

OBSERVATION I

MM... M..., 31 ans, réglée à 13, régulièrement, abondamment, huit jours au moins. Pas douloureuses les deux premières années, le devinrent la troisième, attribué par le père, médecin, à un refroidissement. Après 6 ans, la douleur menstruelle disparaît. *Jamais le moindre écoulement leucorrhéique*. Se marie à 25 ans ; règles abondantes, non douloureuses, parfois retard de un à dix jours. *Pas de grossesse. Pas de fausses couches. Pas de pertes blanches*. Ni troubles, ni douleurs à la miction. Pas de pertes de sang dans l'intervalle des règles. Etat général excellent, sauf obésité marquée. Conicité cervicale opérée par discision bilatérale. Deux séries de dilatation successives, suivie de curettage, n'ont donné aucun résultat.

(Observation due à son mari, médecin.)

Examen : Col bilabé, rejeté dans le cul-de-sac antérieur. Corps semble augmenté et occupe le Douglas, rétro-version.

A droite, un ovaire prolabé, très augmenté de volume, douloureux à pression. A gauche, annexes semblent normales et à peine sensibles.

Opération, 11 mai 1907. Lap. méd. sus-pubienne. — Après ouverture du péritoine, on voit dans le petit bassin un gros

utérus (augmenté de volume surtout au niveau du fond) en rétro-version, et des lésions accentuées des annexes droites

La trompe gauche, repliée en arrière sur elle-même, à partir de sa moitié externe, passe en écharpe sur l'ovaire correspondant qu'elle bride et vient adhérer fortement par son pavillon à la face postérieure de l'utérus, à un centimètre et demi en dedans et au-dessous de la corne utérine. Libéré de ses adhérences utérines, le pavillon tubaire montre ses franges soudées et agglutinées obstruant complètement l'orifice abdominal de l'oviducte. On les détache doucement les uns des autres, jusqu'à ce qu'il soit possible d'introduire le bord libre d'une sonde cannelée dans le conduit tubaire, dont on assure la perméabilité par une double incision sur deux points opposés du bout libre et en plaçant autour de lui, en couronne, quatre à cinq points de suture au catgut fin. L'ovaire G., gros comme un œuf de pigeon, a sa surface dure, sclérosée, soulevée de places en places par de petits kystes à contenu séreux. Sa face postérieure porte un corps jaune hypertrophié, du volume d'une noisette, qui s'énuclée avec la plus grande facilité, laissant à sa place une cavité régulière que l'on comble par quelques points au catgut, passant en plein tissu ovarien. Ouverture au thermo des kystes disséminés à la surface de l'ovaire, et ignipuncture de l'organe. Deux points de suture fixent à l'ovaire le pavillon de la trompe.

La trompe droite ne présente pas d'adhérences avec les organes voisins, son calibre est assez régulier, sans dilatation notable, mais les franges de son pavillon soudées entre elles, comme du côté gauche, obstruent également l'orifice abdominal. Même traitement qu'à droite. Ovaire D. plus volumineux que le G., ignipuncture.

Utérus ramené en place, fixation des ligaments ronds, son fond est parsemé d'arborisations vasculaires; sa face postérieure libre d'adhérences.

Fermeture de la paroi sans drainage. Guérison après suites opératoires normales et apyrexie.

OBSERVATION II

Hélène J..., 20 ans.

Rétroversion. Annexes prolabés gros et douloureux.

Annexes droites libérées de légères adhérences qui se déchirent très facilement. L'ovaire entouré d'une membrane conjonctive est bourré de petits kystes que l'on ponctionne au thermo, et d'où s'échappe un liquide clair, citrin. La trompe semble oblitérée; on l'ouvre au thermo. Elle n'est pas bosselée, semble saine et ne contient pas de liquide. Mêmes lésions des annexes G.; mais trompe saine.

Dans l'obs. III, la trompe n'était pas oblitérée.

Roulland eut encore recours à l'expérience pour prouver que le sang épanché, provenant d'une hémorragie tubaire ou ovarienne, est le principe initial des adhérences aseptiques du bassin. Sur le conseil de son maître, Doléris, il pratiqua des lésions vasculaires par piqûre souvent large d'un vaisseau annexiel important. Et sans qu'il ait été jamais relevée la moindre trace d'infection péritonéale, la culture des liquides exsudés ayant été soigneusement faite, il s'assura, par six expériences, sur des lapines, que de simples exsudats hémorragiques aseptiques pouvaient suffire à engendrer des adhérences durables et solides.

Assurément on ne peut conclure que par raisonnement de la lapine à la femme, « mais cette condition, fait remarquer Roulland, est de nature non pas à diminuer, mais à aggraver les conséquences des lésions au point de vue des troubles fonctionnels,

étant donnée la souplesse, la longueur, la déclivité relative des annexes chez la femme ».

MM. les Prof. Poncet et Leriche (1) rattachent ces lésions que l'on attribuait autrefois, avec Récamier, Duparcq, aux congestions arthritiques et aux vices scrofuleux métro-salpingiens, à la tuberculose inflammatoire. A côté de la salpingite banale et de la tuberculose annexielle franche, ils réclament une place pour la tuberculose inflammatoire qui peut ici, comme ailleurs, exercer son action et être cause, par exemple, de l'infantilisme total ou partiel des organes génitaux (tels que fermeture de l'ostium abdominale par défaut de développement) ; cause aussi de certains hydrosalpinx. Et, ils rapportent à ce sujet les opinions de Lea (La tuberculose des trompes, North of England obst. and gyn. Soc., 17 mars 1905. — Compte rendu in *Revue de gynécologie*, 1905, p. 767) et de M. Albertin (Les abcès froids tubaires, *Lyon Chirurgical*, t. I, 1^{er} nov. 1908, p. 1) qui ont parlé de l'origine tuberculeuse probable de certains hydrosalpinx, qu'ils considèrent comme le résultat d'infection atténuée ». Ces auteurs ont, en réalité, en vue de volumineux hydrosalpinx. Mais rien n'empêche de supposer qu'elle en puisse créer de petits ; voire même borner ses ravages à oblitérer le pavillon.

Ainsi donc l'oblitération de l'ostium abdominale peut être réalisée par une série d'affections qui agissent par *périsalpingite*. La réaction péritonéale de voisinage qui se produit dans la grossesse tubaire

(1) PONCET et LERICHE. — *La Gynécologie*, 1910.

(avec ou sans épanchement sanguin), dans certains kystes de l'ovaire, peut oblitérer le pavillon du côté opposé. Par le même mode pathogénique se seront produits des reliquats cicatriciels d'atteintes du péritoine pouvant dater de l'enfance.

Dans certaines salpingites post-puerpérales, le pavillon aura pu être oblitéré par l'infection venue directement par les lymphatiques du col. Il n'est même pas jusqu'à la salpingite blennorragique, pour laquelle on ne puisse supposer la périsalpingite du côté des moindres lésions ; mais ce n'est encore là qu'une hypothèse gratuite. D'ailleurs, dans ces deux dernières affections, il y a toujours infection plus ou moins étendue à tout le tractus génital.

Cet exposé, peut-être un peu fastidieux, nous servira à préciser les indications de la salpingostomie, nous montrant en effet d'une part des lésions dont on a beaucoup à craindre, et, d'autre part, des lésions peu à redouter, permettant, au contraire, d'espérer beaucoup.

CHAPITRE III

INDICATIONS

La conservation de la trompe, et plus encore l'intervention sur cet organe par salpingostomie, n'est faite qu'en vue de la grossesse. Sans nier absolument qu'elle y prenne part, on n'accorde plus aujourd'hui, avec Lawson Tait, aux trompes, le rôle prépondérant dans la fonction menstruelle. C'est dire que chez la femme trop âgée, proche de la ménopause, au delà de 35 ans environ, l'opération trouvera rarement une indication. C'est dire aussi l'importance de l'état des ovaires. On pourra bien, déjà avant toute intervention, interroger leur valeur fonctionnelle par la recherche des signes d'insuffisance ovarienne décrits par Jayle, comme le demande Kahn (*loc. cit.*). Mais ce n'est guère qu'après laparotomie que le chirurgien pourra porter un jugement sérieux, par l'examen minutieux des organes, et au besoin par l'oophorotomie exploratrice de Vidal. Et même alors, souvent le problème restera grave et angoissant, suivant les expressions de De Rouville : « Enlever tout ce qui est malade, dit-il (*loc. cit.*) et définitivement perdu pour la fonction, mais respecter la fonction en en respec-

tant les organes, tel est le double but que tout gynécologue conscient de ses devoirs doit se proposer. » La départition est souvent très malaisée à faire, même en présence de lésions chroniques et éteintes. A plus forte raison, en sera-t-il de même vis-à-vis de lésions infectieuses en évolution, vis-à-vis de pyosalpinx.

Un grand nombre d'auteurs : Amberger, Hueter, Robb, Hyde, Emmet, Pool, Krug et d'autres, ont insisté dans ces dernières années sur la prudence qu'il convenait d'avoir dans le traitement chirurgical conservateur des trompes, car, suivant la devise de Seth Gordon, la chirurgie conservatrice poursuit le but de rétablir la santé, mais non celui de conserver à tout prix un organe malade et inutile et souvent dangereux. La salpingostomie est bien l'opération conservatrice pour laquelle on doit être le plus circonspect. Refaire une ouverture au pavillon fermé serait aller, dans certains cas, à l'encontre des précautions naturelles pour barrer la route à l'infection, et ainsi, en voulant éviter un mal, tomber dans un pire. L'exemple de pus stérile de certains pyosalpinx ne prouve pas grand'chose. Nombreux sont, en effet, les cas d'abcès eukystés à pus stérile, où l'infection n'en est pas moins évidente ; le microbe n'est pas loin, il est tapi dans la paroi et dès qu'une voie lui est ouverte, il la prend aussitôt pour aller plus loin exercer ses ravages. Et là, plus loin, c'est le péritoine, c'est assez dire. Souvent, il est vrai, c'est un péritoine qui a déjà un peu lutté : il est aguerri. Mais, le danger est si grand que l'on peut redouter la moindre faiblesse de sa part, comme aussi l'on

peut redouter un accroissement de virulence contre lequel il se trouverait désarmé.

C'est dire que dans le pyosalpinx la salpingostomie paraît confre-indiquée.

La gravité reprochée aux opérations partielles des trompes (en dehors de l'objection de la grossesse extra-utérine que nous avons déjà envisagée) ne peut s'appliquer qu'aux cas d'infection, de pyosalpinx. Sweifell a bien perdu un opéré sur 6, Martin 2 sur 65, Polk 2 sur 57. Mais est-ce bien l'opération conservatrice qui en est cause ? Il existait dans le cas de Martin une péritonite dont le début était antérieur à l'opération ; dans le cas de Sweiffel une rupture de la poche se produisit du côté extirpé ; il en fut de même dans les cas de Polk.

Dudley a cependant eu deux beaux résultats pour des pyosalpinx. Certains auteurs, qui rejettent la salpingostomie si le pus est fétide et de mauvaise nature, l'admettent au contraire quand le pus semble de bonne qualité, contenant des grumeaux, de la sérosité, indiquant un commencement de régression. Montana (*loc. citato*) la trouve indiquée dans le pyosalpinx : « Quand la poche est de petites dimensions, le pus de bonne qualité, et les lésions de nature catarrhale. »

La plupart des auteurs, toutefois, la rejettent dans ces cas : « Elles ne conviennent pas aux lésions suppurées, dit Legueu (*loc. cit.*) ; ici, c'est l'ouverture et l'ablation qui convient. » M. Goullioud dit également (*loc. cit.*) : « Dans les cas de pyosalpinx, même anciens, nous n'avons pas osé faire la conser-

vation jusqu'ici. Les Américains Polk, Dudley n'ont pas hésité à le faire et ils l'ont fait avec succès. Le pus des salpingites datant de longs mois est souvent stérile, mais nous attendons pour en laisser la cavité ouverte dans le péritoine d'avoir un critérium pour juger des cas où cette conduite n'est pas une témérité. « Mais nous avons fait, ajoute-t-il, la méthode de Laroyenne, et quelques mois après une laparotomie avec ablation des annexes les plus malades et conservation de l'ovaire et de la trompe du côté opposé, en libérant l'ovaire de ses adhérences et en faisant un nouveau pavillon à la trompe bouchée. Nous insistons sur l'importance de cette manière de procéder nouvelle. Elle peut permettre de triompher des accidents les plus aigus et cependant de réserver la possibilité de conserver à la femme toutes ses fonctions. »

M. le professeur Jaboulay (v. Th. de Jarraillon) a également pratiqué le drainage vaginal, suivant une méthode qu'il a décrite, mais il ne fut pas fait ultérieurement dans ses cas de salpingostomie. Skütsch, Gersuny avaient également proposé l'abouchement pendant quelque temps à la paroi abdominale des poches suppurées, ouvertes.

Dans les salpingites banales, la salpingostomie est faite aussi quelquefois du côté des moindres lésions, à droite le plus souvent, conjointement à l'ablation des annexes du côté opposé qui semble s'imposer. On pourrait dans des cas analogues, après l'ablation des annexes du côté très atteint, se trouver en présence de l'autre côté, de lésions, assez peu impor-

tantes pour qu'il n'y ait pas de danger de conserver la trompe, mais cependant suffisamment équivoques pour redouter la septicité possible de sa cavité et ne pas oser l'ouvrir immédiatement dans le péritoine. On pourrait alors remettre à plus tard la salpingostomie pour opérer à froid, et quand le traitement médical gynécologique aurait eu raison de l'infection de l'utérus. Nous visons ici le cas où le chirurgien aurait la main forcée à intervenir à chaud. Il faut en effet autant que possible opérer à froid, pour se trouver en face de lésions cicatricielles constituées, vis-à-vis desquelles on pourra mieux ainsi préciser l'opération qui convient.

Tandis que Kehrer (d'Heidelberg) (*loc. cit.*) trouve que la salpingostomie est une opération justifiée quand le contenu de la trompe, même nettement septique, peut être enlevé avec certitude, Gellhorn (*loc. cit.*) semble se rapprocher davantage de l'opinion de la majorité des gynécologues actuellement, quand il dit « que les trois quarts d'occlusion tubaire, qui sont dus à la gonorrhée ne sont pas justiciables d'une intervention conservatrice. Il en est de même, ajoute-t-il, des salpingites tuberculeuses et des gros hydrosalpinx. Enfin, tout pyosalpinx causé par le streptocoque, le staphylocoque doit être enlevé radicalement. »

Au contraire, dans les lésions anciennes et légères, la salpingostomie trouvera de fréquentes indications. Tels sont : 1° la salpingite catarrhale déjà ancienne ; 2° l'hydro-salpinx de petit volume, c'est-à-dire si la dilatation ne dépasse pas trop le tiers

externe de la trompe ; 3° dans les hématosalpinx, où l'intervention est facile quand le contenu est liquide ; plus difficile mais pouvant également être tentée quand le contenu est solide, caillots organisés, stratifiés, durs, embryons morts ou résorbés, œufs ; cas où Martin, Kelly, Muret, de Ott ont obtenu de beaux résultats.

Mais les cas où l'opération rencontrera son indication la plus absolue, sont ainsi que nous l'a fait aisément comprendre l'anatomie pathologique, les cas d'adhérences par përisalpingite, reliquats d'infections éteintes, voire même d'autres processus pathologiques possibles.

Telles sont les occlusions tubaires causées le plus fréquemment par la grossesse extra-utérine ou par l'appendicite chronique, quand la crise appendiculaire est suffisamment éloignée, quand l'infection ne semble pas menaçante, quand la température n'est pas trop élevée. Le cas de M. le professeur Pollosson, dont M. le docteur Viollet a eu l'obligeance de nous communiquer l'observation qui est absolument concluante, était un cas d'appendicite.

Pareillement, dans tous les cas que nous avons envisagés au chapitre précédent comme ayant produit la fermeture de l'ostium abdominale par përisalpingite, la salpingostomie est indiquée, particulièrement quand cette përisalpingite n'existe plus que sous forme de lésions éteintes, chroniques, fibreuses, sclérosées : ainsi, après certaines përisalpingites post-puerpérales venues du col par les lymphatiques ; pour les reliquats d'atteintes përito-

néales anciennes, pour des reliquats de pelvipéritonite adhésive de causes diverses, telles que les annexites non infectieuses de Doleris et Roulland, pour toutes les pèrisalpingites d'origine intestinale quand il n'y aura pas d'infection en évolution, pour des réactions péritonéales de voisinage du côté opposé à certaines lésions tels que des kystes de l'ovaire, des tuméfactions inflammatoires de cet organe quand la température est absente, pour des rétrécissements cicatriciels même prononcés (comme le cas de Vidal).

Nous nous bornerons à énumérer un grand nombre de contre-indications dont le nom seul est suffisamment explicite. Tels sont les néoplasmes malins, les kystes prolifères, papillaires, toutes les atteintes prononcées des ovaires, commandent l'ablation de ces organes, sans lesquels la présence de la trompe n'est plus utile, les pyosalpinx bilatéraux, la proximité de la ménopause et les grossesses répétées, les maladies générales graves, les lésions avancées de l'utérus, la gonorrhée invétérée (réinfection possible). « Tous les cas graves, ainsi que dit M. Goullioud (*loc. cit.*), septiques, diffus, complexes avec destruction plus ou moins complète de l'ovaire devant être traités par l'ablation large, et souvent même par l'hystérectomie concomittante. »

Il en est de même, s'accordent à dire tous les auteurs de la tuberculose. Mais peut-être est-il possible de faire ici une distinction.

Sans aucun doute, pour les lésions tuberculeuses manifestes, caséeuses, pour les abcès froids tubai-

res, la salpingostomie, pas plus qu'aucune autre opération conservatrice, ne semble pouvoir être de mise. « En matière de tuberculose, dit M. Albertin (*loc. cit.*), il faut extirper largement, il faut enlever les deux trompes atteintes, avec elles les ovaires et l'utérus, pas d'opération conservatrice. On n'est jamais sûr qu'un ovaire ou l'utérus, au contact d'une trompe tuberculeuse, ne présente aucune lésion de même nature, bien que ces lésions ne soient pas appréciables macroscopiquement. »

Mais peut-être faut-il faire exception pour cette forme de tuberculose, si différente de la précédente que beaucoup hésitent à la reconnaître, nous voulons parler de la tuberculose inflammatoire de M. le prof. Poncet, qui peut-être est la cause de beaucoup d'hydrosalpinx même petits, et de nombreuses lésions scléreuses, comparables à celles décrites par Doléris et Roulland, et attribuées en dernière analyse par ces auteurs à l'arthritisme, diathèse, dont les manifestations diverses relèvent, d'ailleurs, pour M. le prof. Poncet, presque toujours de la tuberculose.

Il semble bien que la salpingostomie puisse trouver dans ces lésions atténuées une de ses indications les plus efficaces.

Nous devons maintenant nous demander s'il est possible de faire un exposé de signes cliniques, permettant, à l'examen, de poser l'indication. Evidemment l'on peut, avec M. Goullioud (*loc. cit.*) trouver dans la persistance des douleurs et l'infirmité à laquelle elle réduit les malades une indication d'in-

tervention. Mais ce ne sera là qu'une indication de laparotomie. « Je ne crois pas, dit M. Legueu (*loc. cit.*) qu'on puisse à l'avance, avant la laparotomie poser l'indication de ces opérations ; mais, elles se présenteront, au cours de l'intervention comme une heureuse opération de correction. »

Parcillemeut, le désir fortement exprimé de guérir de la stérilité pourra être une indication légitime de laparotomie exploratrice, sinon toujours de salpingostomie consécutive.

En résumé la salpingostomie est indiquée dans tous les cas, où (sans qu'il y ait danger à le faire, en même temps qu'il y ait très grande probabilité de la possibilité d'une grossesse normale ultérieure), la réouverture du pavillon naturel par simples libérations d'adhérences ne sera pas possible, ou sera jugée insuffisante.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La première question à poser ici concerne la voie d'accès.

Faut-il employer la voie vaginale ou la voie abdominale ? Y-a-t-il des raisons qui doivent faire préférer l'une à l'autre ?

Pour les opérations conservatrices considérées en général, la question a été plusieurs fois discutée. Au Congrès de Toulouse, en 1910, de Rouville déclare préférer la voie vaginale : mais Hartmann s'écarte de lui quant à la voie à suivre : il opère toujours par l'abdomen. M. le prof. Aug. Pollosson déclare avoir aussi une prédilection pour la voie abdominale. Pour la salpingostomie considérée en particulier, c'est la voie abdominale qui a toujours été suivie par Martin, Skutsch, Gersuny, Dudley, Polk, Delbet, Richelot, Schwartz, Legueu, Tohier, Clado, M. Goulloud. « Je n'hésite pas, dit Legueu (*loc. cit.* p. 79) à recommander exclusivement la voie abdominale qui donne plus de jour, procure une inspection plus facile, et permet mieux de faire tout ce qu'il faut. »

A la clinique de M. le prof. Aug. Pollosson toutes les opérations de salpingostomie ont également été faites par la cœliotomie abdominale.

Toutefois, M. Goullioud, qui cependant préfère la voie abdominale, déclarait (*loco citato*) en 1900 qu'il n'y aurait aucune impossibilité à faire la salpingostomie par la voie vaginale, dans les cas où l'on peut abaisser les annexes et les soumettre à la vue, que l'on intervienne par l'incision postérieure ou par la colpotomie antérieure. En fait, dans ces dernières années la voie vaginale a reçu un adjuvant précieux de l'invention du prof. de Ott, la pélycoscopie. « A la clinique du prof. de Ott, dit Jacobson (*loco cit.*); l'opération de choix a toujours été la cœliotomie vaginale, et nous n'avons recours à la cœliotomie abdominale qu'en cas de contre-indications à la première. F. Jayle a attiré l'attention, en 1911, au congrès de Paris, sur les avantages que présente cette méthode, rendant à la cœliotomie vaginale toute sa valeur : facilité pour l'opération en un temps de l'utérus et des annexes, infection moins à craindre, et surtout choc opératoire beaucoup moins prononcé. Mais il déclare ne pouvoir se joindre complètement au prof. de St-Pétersbourg, en ce qui concerne le traitement chirurgical des annexes seules.

La cœliotomie abdominale reste donc la méthode de choix, d'autant plus que Jacobson lui-même déclare (*loc. citato*) qu'elle est préférable (opération de choix) « dans les cas qui demandent la plus grande conservation ».

Nous ferons remarquer encore que la laparotomie abdominale est beaucoup plus exploratrice que l'incision vaginale, et qu'il n'est pas douteux qu'elle donne au chirurgien une plus grande commodité pour l'exécution de cette opération délicate qu'est la salpingostomie, dont nous allons maintenant indiquer les différentes techniques principales employées par les opérateurs.

Voici d'abord le procédé de Martin, tel qu'il le décrit dans son livre (1) :

« Il existe une nouvelle opération pour les tuméfactions des trompes qui ne sont pas des formes compliquées. C'est la résection de l'ostium abdominal atrésié, oblitéré ; à savoir la salpingostomotomie (Schroder, A. Martin, Skutsch, Schauta et Sweifel).

« L'extrémité renflée de cette trompe en question est attirée le plus possible dans la plaie abdominale, une éponge est placée par dessous pour recueillir les liquides qui pourraient s'écouler (on place au-dessous un tube stérilisé contenant un bouillon de culture). D'un coup de ciseaux, on sectionne le point culminant de la trompe et le contenu s'écoule habituellement assez vite ; dans d'autres cas, pour le faire écouler de la trompe, on est obligé de faire un véritable massage allant de l'utérus à l'orifice oblitéré.

« L'oblitération a souvent l'aspect d'une cicatrice rétractée. Dans ces cas on constate souvent des

(1) MARTIN. — Die Krankheiten der Eileiter, p. 213 (dont nous empruntons la traduction à la thèse de Jarsaillon).

franges agglutinées. S'écoule-t-il facilement un liquide clair et séreux sans grumeaux et sans odeur, la muqueuse présente-t-elle seulement un léger gonflement et de la rougeur (les franges peuvent paraître effacées par le fait de la présence d'une ou deux cuillerées de liquide), alors je fends l'ostium abdominal sur une longueur de trois centimètres. Dans son prolongement sur l'utérus la trompe ne présente que de l'inflammation catarrhale sans purulence du contenu.

« Je ferme alors les deux lèvres de la plaie avec des points au catgut. Les lambeaux exubérants sont réséqués. »

« La muqueuse tubaire est réunie au péritoine par des points de suture, de sorte que l'ouverture reste béante et que la muqueuse tubaire reste éversée. L'écoulement de sang est plus abondant ; sans difficulté, la suture suffit à amener l'hémostase des vaisseaux qui ont été sectionnés.

« En général, il n'y a qu'une branche un peu importante qui s'échappe du pavillon.

« Une suture faite au niveau du restant de la frange ovarique amène l'embouchure du nouvel ostium au niveau de l'ovaire. La trompe ainsi ouverte est réintroduite dans l'abdomen avec l'ovaire, après qu'elle a été détachée de ses adhérences péritonéales. »

Skutoch (1) a procédé un peu différemment. Il a seulement fait une nouvelle ouverture sur la partie

(1) *Loco citato.*

dilatée, une fenêtre, « une excision de un centimètre carré environ », puis a suturé la muqueuse à la séreuse (opération pour laquelle il a proposé le nom de *salpingostomie*). Il a fait, en somme, une salpingostomie latérale, par opposition au procédé de Martin, qui est une salpingostomie terminale, avec résection partielle.

A. Palmer Dudley (1) expose ainsi sa manière de faire : « Je fais, dit-il, une opération de phimosis sur la partie saine restante en la fendant sur un demi-pouce au plus sur sa surface supérieure et en éversant au dehors les surfaces sectionnées, comme nous le faisons pour le prépuce ; je suture avec de la soie fine par un surjet la muqueuse tubaire à sa surface péritonéale et circulairement, prévenant ainsi la réocclusion de la trompe et permettant à l'épithélium cilié d'agir à la place des franges qui ont été enlevées.

« Dans ces cas, invariablement, je relie la portion restante de l'ovaire à l'extrémité du reste de la trompe par une suture à la soie fine. Dans aucun cas, depuis que je suis décidé à ce procédé, je n'ai eu de raison de le regretter. » C'est une salpingostomie terminale sans résection.

Legueu (2) procède à peu près de même : « En présence d'une petite salpingite ancienne, dit-il, à pavillon fermé, j'incise ce pavillon oblitéré ; une suture en surjet est faite au catgut autour de l'orifice ainsi créé, et ce pavillon de nouvelle formation est

(1) DUDLEY. — *Loc. cit.*

(2) LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — *Loco citato*, p. 793.

appliqué à la surface de l'ovaire ; et fixé par un fil de catgut faisant l'office du ligament tubo-ovarien. »

La technique de M. Goullioud exposée dans la thèse de Jarssaillon, à qui nous en empruntons la description, est la suivante ?

« Les précautions les plus minutieuses prises comme pour toute laparotomie et après avoir fait une désinfection vaginale des plus soignées dans le cas où l'intervention par cette voie deviendrait utile (cas de drainage par le vagin), il fait une incision médiane comme dans toute laparotomie, ne dépassant pas 8 à 9 centimètres, quelquefois moindre. Le péritoine incisé, il fait inverser la malade. Cette position déclive obtenue suffisante par la table de Trendelenburg, on protège l'intestin au voisinage de la plaie avec de grandes compresses de gaze et s'il a des tendances à sortir, on le refoule au moyen d'éponges. Le petit bassin est suffisamment libre pour examiner à son aise les annexes, on les attire alors le plus possible au dehors, en les entourant de compresses isolantes. On se décide alors à les enlever ou à les laisser.

« En général, il n'est pas indispensable de se servir d'une valve. Celle-ci rend cependant quelquefois de grands services.

« Si les lésions consistent surtout dans des adhérences, on les rompt en faisant ensuite une hémostase soignée. Dans le cas d'oblitération du pavillon, on pratique la salpingostomie en réséquant le pavillon et la partie avoisinante de la trompe. On incise ensuite, d'un coup de ciseau, la tranche de section

tubaire du côté opposé aux vaisseaux sur une longueur de 1 centimètre environ.

« Puis on éverse la muqueuse sur le péritoine et on les réunit par quatre points en général à la soie fine. On fait souvent une petite ligature au catgut sur une petite artériole qui donne à la partie postérieure de la section de la trompe. On rapproche ce nouveau pavillon de l'ovaire auquel on le fixe par un ou deux fils de soie (salpingorrhaphie combinée à la salpingostomie). » Jarsaillon a fait un dessin d'après une salpingostomie qu'il a pratiquée sur le cadavre en se rapprochant de la manière de faire de M. Goullioud (thèse, page 50). Il apporte également un dessin d'après Gersuny (id., p. 104) et une planche d'après Dudley (p. 48).

M. Goullioud (1) préfère maintenant à la salpingostomie le détachement du pavillon tubaire, *quand il est possible*. Il a observé des grossesses heureuses à la suite de cette libération, qui comporte, dit-il, des lésions moins importantes que la salpingostomie.

Tel est encore le mode opératoire de Cerné, que nous trouvons rapporté dans la thèse de Kahn :

« Après libération des adhérences, la trompe est ouverte avec des ciseaux fins aussi loin que possible; quand elle est très malade, un fin stylet est poussé jusqu'à l'ostium uterinum pour en vérifier la perméabilité. Je fais alors une désinfection soigneuse, ordinairement avec une solution de chlorure

(1) Discussion à la suite de la communication de M. Pollosson à la Société de chirurgie de Lyon (*Lyon Chirurgical, loco citato*).

de zinc au 1/10^e, quelquefois avec une solution phéniquée forte à l'eau oxygénée. Si, ce qui arrive souvent, l'allongement est considérable, je résèque une certaine partie pouvant aller du quart aux deux tiers, un surjet avec du catgut fin réunit les bords de l'incision en dehors de la muqueuse, en ménageant un large pavillon, auquel l'ovaire est ordinairement rattaché par quelques points de suture.

« Enfin, je prends soin de mettre les trompes dans le plan transversal et de les soutenir dans cette situation par l'intestin soigneusement ramené dans le cul-de-sac rétro utérin, avant de refermer le ventre.

« Si la trompe est encore plus souple, je ne l'ouvre pas, et j'introduis soigneusement aussi loin que possible, une mèche imbibée de liquide antiseptique. »

Pozzi, très partisan de la salpingorrhaphie, et très peu de la salpingostomie, a néanmoins pratiqué plusieurs fois cette dernière opération. Sa façon de procéder est exposée, avec plusieurs illustrations, dans la thèse de Kahn (p. 30) : pour éviter l'hémorragie il se sert du couteau du thermocautère porté au rouge sombre ; il ouvre le canal ou bien le résèque, quand toutefois la partie ne dépasse pas 2 à 3 centimètres, et que la partie utérine est saine ou presque saine.

« Pour ces deux dernières opérations, il faut ramener doucement dans la plaie abdominale les trompes malades sans trop les presser, afin que le

liquide qui pourrait s'y trouver n'infecte pas le péritoine. On saisit la trompe entre le pouce et l'index en l'étalant dans le reste de la main. On a ainsi sous les yeux et hors de l'abdomen les annexes que l'on peut examiner tout à son aise, examen qui décidera de l'intervention définitive.

« Une fois la trompe ouverte, il faut avoir soin de bien tamponner le liquide qui s'en écoulé, et faire même un lavage. S'il y a des caillots et s'ils sont adhérents, on grattera les parois pour les enlever et désobstruer ainsi le conduit.

« Dès que l'opération annexielle est faite, on remet les organes en place, et s'il y a lieu on termine par une salpingorrhaphie. Enfin, on s'assure qu'aucun organe ne saigne en plaçant pour cela la malade dans la position horizontale. » Toilette du péritoine. — Technique de la suture (suture à trois plans).

D'autres opérateurs ont encore rendu plus intimes les rapports de l'ovaire et des trompes.

Dans l'opération qu'il pratiqua en 1896, R. Gersuny (*loc. cit.*) se comporta ainsi : il incisa le sac tubulaire sur le côté attenant à l'ovaire ; il attira suffisamment la trompe (vidée du sang foncé et fluide qu'elle contenait, et dont la surface interne paraissait revêtue d'une muqueuse mince et lisse) sans trop de tiraillement, et il poussa l'ovaire à travers le trou qu'il avait ouvert dans le sac et le fixa avec six points à la soie fine qui traversaient les bords de la section du sac, sans pénétrer profondément dans l'ovaire, tout près du mésovaire.

Clado a fait une opération analogue (sur laquelle il inspira le sujet de la thèse d'Ayrolles), qu'il appelle *salpingo-ovaro-syndèse*. C'est une salpingorrhaphie appliquée à un nouveau pavillon. Clado en a décrit, en même temps qu'il émet quelques autres considérations, dans la *Semaine gynécologique* du 24 janvier 1899, le manuel opératoire, qui comprend trois temps :

1° *Résection de la trompe.*

« Elle doit intéresser une petite partie, le tiers ou la moitié externe de l'organe malade, et se pratique avec les ciseaux, on sectionne d'abord le méso-salpinx dans l'étendue nécessaire, puis, d'un coup de ciseaux, on coupe perpendiculairement à l'axe de la trompe dans les limites voulues. La partie ainsi réséquée comprend donc, suivant l'étendue des lésions, le pavillon et une partie de l'empoule, ou même la totalité de la portion ampullaire.

« Une bougie fine est alors introduite dans le canal de la trompe, et chemine vers l'utérus. Souvent, elle se trouve momentanément arrêtée dans son trajet; mais après quelques petites manœuvres, on arrive à la pousser jusqu'à la corne utérine. C'est là une preuve que la trompe est perméable dans toute l'étendue de l'isthme de Henle. Dans ces conditions, on est en droit de penser qu'il en est vraisemblablement de même de la portion du canal enchâssée dans la corne de l'utérus.

« Nous savons, en effet, que le siège initial des lésions salpingiennes est la partie externe de l'organe, et que, dans les cas légers, si l'isthme est franchissable, il y a de grandes chances pour que la partie intertitielle soit également perméable. Mais ce n'est qu'une présomption et non une certitude.

« Dans ce premier temps, il y a peu d'hémorragie, seule l'anse tubaire demande parfois la pose momentanée d'une pince.

2° Réfection du pavillon.

« Une sonde cannelée est introduite dans la trompe et enfoncée à 3 ou 4 centimètres. Sur la face inférieure de la trompe, exactement en arrière du méso-salpinx, on pratique, en se guidant sur la cannelure de la sonde, une fente longitudinale de 2 ou 3 centimètres : on saisit avec les pinces de Kocher les deux bords de cette fente, et l'on étale la partie de la trompe qui constituera le futur pavillon.

« Avec une très fine bougie, on essaie de nouveau de pénétrer jusque dans la cavité utérine. On y réussit parfois, lorsque la bougie a des dimensions convenables. La présomption dont nous parlions plus haut devient dès lors une certitude.

« Nous incisons derrière le méso-salpinx pour deux raisons faciles à comprendre : 1° pour éviter d'ouvrir de nouveau l'arcade artérielle sous-tubaire, et pour conserver ainsi intacte l'irriga-

tion de la trompe ; 2° pour ouvrir le pavillon du côté de l'ovaire qui se trouve en arrière, dans l'aileron postérieur du ligament large.

« Le nouveau pavillon une fois confectionné, on procède à son antisepsie en touchant la surface avec du sublimé ou de l'acide phénique. Si le pourtour de la section donne un peu de sang, il est inutile d'en faire l'hémostase, la suture en aura raison.

3° *Salpingorrhaphie, ou salpingo-ovaro-syndèse.*

« Ce dernier terme est préférable à celui de salpingorrhaphie et signifie union intime du pavillon à l'ovaire.

« Avec une aiguille à intestin et du catgut fin, on place d'abord un fil angulaire. Je désigne ainsi le fil qui est placé au niveau de l'orifice du nouveau pavillon, autrement dit à l'extrémité interne de la fente qui a ouvert la trompe. Ce fils traverse l'ovaire à son extrémité interne ; on le noue à la façon de la partie initiale d'un surjet. Avec le même fil, on pratique un surjet en suivant le rebord du nouveau pavillon, de manière à placer ce pavillon sur le bord supérieur de l'ovaire, à cheval, moitié en rapport avec la face antérieure et moitié en rapport avec sa face postérieure. L'aiguille doit cheminer à travers la séreuse et la muqueuse de la trompe, de façon à éviter les décollements et produire l'hémostase. En faisant la suture, il faut avoir soin, et cela pour des raisons faciles à comprendre, de rentrer la muqueuse sous la séreuse.

« Le résultat topographique de la salpingorrhaphie est aisé à concevoir. La trompe se trouve étalée sur la demi-conférence supérieure de l'ovaire et la recouvre à peu près dans toute son étendue.

« Quelques détails ne sont peut-être pas inutiles à faire ressortir. Il convient de réséquer la trompe et un point tel, approximativement, que le diamètre de la section se trouve peu inférieur au diamètre transverse de l'ovaire. Grâce à l'élasticité du nouveau pavillon, il est facile, avec une traction modérée, de recouvrir toute la surface transversale de l'ovaire. Ce n'est pas en vue d'une simple économie que je conseille d'opérer de la sorte, mais pour des raisons opératoires. Si l'on se rapproche trop de la corne utérine on risque de placer le premier fil maladroitement et de fermer l'orifice interne de l'isthme salpingien. Au contraire, lorsque la résection comprend une partie seulement de l'ampoule, ou simplement le pavillon, rien n'empêche — si besoin est — de donner plus d'étendue à l'incision sous-tubaire et de confectionner un très large pavillon.

« Cette opération, quoique délicate, est loin d'être difficile. En cas de salpingite en effet, la trompe est ordinairement augmentée dans ses diamètres; elle est surtout plus longue, et la résection, ainsi que la confection du nouveau pavillon, devient dès lors aisée. Il est plus difficile d'obtenir le résultat désiré sur le cadavre dont les trompes sont intègres, que sur les malades atteintes de salpingite. »

Thomas-J. Watkins (de Chicago) (*loc. cit.*), après avoir d'abord pratiqué des salpingostomies simples,

et avoir constaté plusieurs fois la fermeture de l'orifice, suture maintenant les lèvres de la muqueuse de chaque côté de l'ovaire.

Ces inclusions plus ou moins profondes de l'ovaire dans la trompe n'ont pas encore à leur actif un assez grand nombre de cas, pour que l'on puisse se permettre de les juger définitivement. Le procédé paraît excellent. Néanmoins, on peut se demander comme Gersuny, comment un organe habitué à vivre librement dans la séreuse péritonéale, supportera l'inclusion dans un sac tapissé de muqueuse. Il y eut soupçon de grossesse dans le cas de Gersuny, et dans un de Clado (cas que nous rapporterons); mais dans ces deux cas, relativement peu de temps après l'intervention. On peut encore objecter que la portion de l'ovaire, située en dehors du nouveau pavillon devient inutile pour la fécondation.

Enfin, dans les cas où il n'est possible de ne conserver que l'ovaire du côté opposé, on peut, comme le proposent Kelly, J.-L. Faure (*loc. cit.*), rapprocher le nouveau pavillon de cet ovaire opposé, pour y rendre plus facile la chute de l'ovule.

M. le professeur Aug. Pollosson, et les divers chirurgiens qui ont pratiqué des salpingostomies dans son service de clinique gynécologique, les ont faites latérales ou terminales, suivant les techniques habituelles sans pratiquer l'inclusion de l'ovaire. L'incision de Pfannenstiël pour la paroi est très fréquemment employée.

Nous ne citerons que pour mémoire l'opération exécutée par Watkins signalée par La Torre (*loc.*

cit.) pour un petit adénome au niveau de la corne utérine : il fit une *salpingo-utéro-anastomose*. La malade un peu plus tard eut un avortement.

Nous ne citerons également qu'à titre documentaire l'opération imaginée par Vidal dans un cas où il n'avait pas cru pouvoir, sans danger, fendre pour atteindre le rétrécissement, plus des deux tiers de la trompe, ni laisser ouverte dans le péritoine une surface très probablement infectée de cette étendue. Il fit alors une *salpingoplastie* analogue à la pyloroplastie de Mickulicz. Il l'a décrite dans un article de la *Revue gynécologique*, 1900, p. 89. Son exposé en détail ne rentre pas dans le cadre de notre étude.

Enfin, il conviendra toujours de traiter avec soin les lésions utérines qui peuvent se rencontrer. Polk préconisait le curettage, la dilatation, le drainage, le tamponnement comme indiqué avant l'intervention. Pozzi (*Th. de Kahn*) ne pratique le curettage qu'un mois et demi après l'intervention : « On doit souvent faire suivre, dit-il, toute opération sur les trompes d'un curettage de l'utérus pour modifier énergiquement l'endométrite concomitante et guérir du même coup l'inflammation réfugiée dans le moignon tubaire. »

P. Delbet faisait systématiquement l'hystéropexie. Montana (*loc. cit.*) croit cette pratique utile et dit que l'on ne saurait trop insister sur la nécessité de traiter les complications utérines, beaucoup d'insuccès des opérations conservatrices étant dus à ce que l'on a négligé de le faire : quatre de ses observations en feraient foi.

Pour terminer cet exposé opératoire, il nous reste à indiquer une méthode d'opération en deux temps, à laquelle avait pensé Skutoch (*loc. cit.*) pour le pyosalpinx, traité d'abord par drainage préalable après abouchement à la paroi abdominale. M. Goullioud a appliqué cette méthode, faisant dans une première opération un débridement de Laroyenne par exemple, un drainage de trompes par le vagin.

De même dans un cas que nous avons déjà cité et dans lequel il y aurait d'un côté de grosses lésions commandant l'ablation, et l'ablation précoce, et où les lésions de la trompe opposée fermée seraient, bien que peu prononcées, cependant suffisantes pour empêcher que l'on y touche en vue d'une salpingotomie à ce moment, on pourrait dans ce cas d'exception remettre cette intervention à une date ultérieure.

CHAPITRE V

RÉSULTATS

Au point de vue de la santé générale, la salpingostomie ne présente pas, si son emploi est réservé au cas peu dangereux, des résultats différents de ceux des opérations conservatrices examinées en bloc. Les statistiques de Martin, Sweiffel, Dudley, Polk, Montana, Ayrolles, Goullioud (th. de Jarsaillon), Kahn, Jacobson, etc., le prouvent avec évidence. Les observations XIV, XVIII, XIX, XX, XXIX, XXXIII, XXXVIII, XXXIX, XLV et XLVI de la thèse d'Armand (1), relatant les salpingostomie soit terminales, soit latérales, pratiquées ces dernières années dans le service de clinique gynécologique de M. le Prof. Aug. Pollosson, permettent de conclure de même.

Nous voulons juger la salpingostomie surtout *au point de vue de la grossesse* consécutive, but ordinaire de l'opération.

Martin, sur 65 opérées, a eu deux grossesses, après extirpation complète des annexes d'un côté et résec-

(1) *Thèse de Lyon*, 1911, p. 62, 65, 66, 70, 73, 75, 76, 80.

tion de la trompe, de l'autre côté, pour hydrosalpinx.

Mackenrodt (cité par Martin) a eu deux cas de grossesse semblables aux siens.

Polk a eu quatre cas de grossesse dans des opérations conservatrices, dont un après ablation des annexes droites et résection de la trompe gauche atteinte d'hématosalpinx.

Baer : 1 cas de grossesse après ablation gauche, conservation de l'ovaire droit et d'un moignon de trompe de cinq centimètres,

Mac Monagle (cité par Polk) : 1 cas après extirpation des annexes droites et résection du pavillon de la trompe gauche.

Gersuny : 1 cas après ablation des annexes gauches et salpingostomie à droite.

Delbet : 1 cas après la même opération.

Legueu : 1 cas après ignipuncture avec salpingostomie bilatérale pour ovarite et salpingite chronique avec oblitération complète de la trompe.

Kehrer : 1 cas de grossesse après salpingostomie.

Burrhage : 1 cas où la grossesse survint deux fois après la résection des deux trompes et de l'ovaire, l'opération ayant été faite pour une grossesse extra-utérine.

M. Goullioud : 1 cas terminé par une fausse couche.

M. le Prof. Pollosson (obs. inédite que nous rapportons) : 1 grossesse à terme 1 an après ablation des annexes droites, salpingostomie gauche, avec appen-

dicite, sans marques d'infection ascendante. Ce cas est des plus démonstratif.

Un autre cas de grossesse après ablation partielle des annexes droites et salpingostomie gauche pour hydrosalpinx droit et appendicite. (*In* thèse Armand.)

Vidal : 1 cas après ablation totale des annexes droites pour kyste volumineux et salpingostomie avec salpingoplastie à gauche, pour rétrécissement double très serré ; grossesse à terme quinze mois après l'intervention.

Jacobson rapporte six grossesses sur 72 opérations conservatrices dont 1 cas de grossesse à terme 2 ans après ablation des annexes droites, salpingostomie gauche, chez une femme qui avait eu six fausses couches, et chez laquelle est également signalée la gonorrhée.

Gellhorn : 1 cas après ablation des annexes gauches et ouverture de la trompe droite, 3 ans 1/2 après l'intervention. Malade enceinte de nouveau. (L'auteur dit avoir trouvé 13 cas analogues dans la littérature.)

Th.-J. Watkins (*loc. cit.*) : 1 cas après salpingostomie bilatérale, faite par la voie vaginale antérieure : cas d'infection après avortement ; pas de gonorrhée.

La grossesse n'a donc pas été très fréquemment signalée à la suite de la salpingostomie. Mais il faut remarquer que la salpingostomie n'est pas non plus une opération courante. Sur une quinzaine de salpingostomies pratiquées dans le service de clinique gynécologique de M. le Prof. Pollosson, il y a eu deux grossesses. D'autre part, toutes les malades ne sont pas mariées, toutes ne désirent peut-être pas la

grossesse ; et plusieurs n'ont pu être suivies. A y regarder de près, la proportion peut même être considérée comme élevée.

Jacobson (*loc. cit.*) n'évalue qu'à 2 à 5 pour 100 les cas de grossesse après conservation d'un ovaire et d'une trompe avec ablation de ces deux organes du côté opposé,

Il y a lieu de tenir compte de deux autres facteurs importants dans l'appréciation des résultats au point de vue grossesse de la salpingostomie.

Ce sont, premièrement : les lésions concomitantes de l'utérus et de l'ovaire. Il est certain que souvent les ovaires conservés étaient défectueux, même en l'absence de toute lésion macroscopique manifeste.

Deuxièmement : le nombre restreint de grossesses s'explique probablement aussi par le mauvais choix des cas. Dans les cas de succès, en effet, on ne trouve nettement signalée la gonorrhée que dans l'observation de Jacobson ; encore, dans ce cas-là, peut-on incriminer comme cause des lésions tubaires les six fausses couches antérieures de la malade.

D'après un examen minutieux des résultats il semble bien que la gonorrhée soit une contre-indication. Au point de vue anatomique pur elle peut guérir et laisser une trompe perméable. Mais il n'est pas douteux non plus que *l'endo-salpingite* qu'elle cause ne reste fréquemment préjudiciable au fonctionnement ultérieur de la muqueuse. On ne saurait légitimement espérer beaucoup, au point de vue physiologique, de ces trompes sclérosées, serpen-

tines, parfois ratatinées et raccourcies jusqu'à l'extrême que laisse souvent après elle la gonorrhée.

Il y a donc lieu d'espérer qu'avec une *bonne sélection des cas et un traitement post-opératoire approprié*, les résultats deviendraient encore plus encourageants. Il faut d'ailleurs se garder, comme dit Vidal (*loc. cit.*), de perdre de vue en pareille matière la complexité de la question et conclure d'une stérilité éventuelle à la certitude de l'échec opératoire.

Après avoir successivement envisagé les cas heureux et expliqué les échecs, nous devons maintenant nous demander si la salpingostomie n'a pas à se faire pardonner de graves méfaits. Nous l'avons déjà jugée au point de vue général : ses résultats, pour n'être pas toujours de pleins succès n'en sont pas moins aussi bons que ceux des autres interventions conservatrices. Répétons qu'elle demande cependant plus de circonspection qu'aucune autre ; elle deviendrait extrêmement dangereuse si l'on étendait trop ses indications, ainsi qu'il est facile de le comprendre. Au point de vue de la grossesse, a-t-elle été cause de grossesses ectopiques ? Nous n'avons trouvé que deux fois cet accident signalé après salpingostomie, en 1911, par Watkins (*loc. cit.*), dont la malade, après sa grossesse à terme, eut une grossesse tubaire et par Wesley Boyé (*loc. cit.*) qui eut un cas de grossesse ectopique après l'une de ses salpingostomies.

Ces deux auteurs les ont citées dans la discussion qui suivit la communication de Gellhorn (*loc. cit.*),

mais ils ne rentrent pas dans les détails de leurs observations.

C'est ici le lieu de rappeler ce que disait M. Goullioud en 1900 (*Lyon Médical*, n° 1), qu'un ou plusieurs cas isolés (il n'y en avait à cette époque aucun de signalé) ne saurait être mis avec certitude sur le compte d'une intervention déjà si souvent pratiquée sans déboires.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(P. DUDLEY, *Am. J. of. obst.*, vol. 3, n° 1, p. 15, janvier 1898).

Salpingostomie gauche. Grossesse.

Je fis ma première opération le 18 oct. 1887. Il s'agissait d'une femme non mariée. Je fis une cœliotomie, et après avoir trouvé des adhérences, un utérus en rétroflexion, je fus obligé de chercher profondément les annexes entourés d'adhérences et un pyosalpinx à gauche. J'excisai la trompe gauche, et malgré l'augmentation du double de la trompe droite je la laissai. La femme guérit, se maria et devint mère.

OBSERVATION II

(MARTIN, *Centralblatt für gynécologie*, mai 1889).

Ovaro-salpingite chronique droite. Hydro-salpinx gauche. Ablation à droite, salpingostomie à gauche, avortement ultérieur.

Femme âgée de 42 ans.

Diagnostic : cophorosalpingite chronique droite.

Opérée : le 20 octobre 1888.

Ablation des annexes du côté droit.

Résection de la trompe gauche qui formait un hydro-salpinx.

Guérison.

Suites : Menstruation normale.

Un avortement au 3^e mois, en avril 1890. Règles fortes et abondantes depuis son avortement.

OBSERVATION III

(DELBET, in thèse Chavin, Paris, 1896).

Salpingite catarrhale gauche. Laparotomie. Ablation des annexes gauches. Salpingostomie à droite. Guérison. Grossesse et accouchement ultérieurs.

M. H..., 27 ans, entrée le 28 juillet 1893 à l'hôpital de la Charité.

La malade entre à l'hôpital souffrant du ventre. On diagnostique une salpingite double.

La malade consent à être opérée, mais demande instamment à ce qu'on lui conserve la possibilité de devenir enceinte.

Laparotomie le 6 septembre.

Ablation des annexes gauches; trompe rouge, épaissie adhérente, ovaire scléro-kystique.

A droite les annexes sont laissés en place.

La trompe étant fermée on pratique la salpingostomie.

Suites opératoires. Bonnes. Elévation de la température à 38° pendant quatre jours.

La malade sort le 3 octobre, guérie.

Revue plusieurs fois depuis son départ.

Résultats éloignés. — 30 avril 1894. La malade écrit qu'elle est enceinte.

24 janvier 1896. — La malade a eu un enfant qu'elle a nourri et qui est actuellement très bien portant.

Elle est elle-même en très bonne santé. Les règles sont régulières, non douloureuses; elle dit avoir eu de légères douleurs du côté droit, mais on ne peut pas tenir compte de ces rares douleurs du côté droit, car elle écrit elle-même « mon côté droit ne me fait presque jamais mal. »

OBSERVATION IV

(M. LEGUEU, in Thèse Jarsaillon, Lyon, 1899.)

Salpingite catarrhale et ovaires scléro-kystiques bilatéraux.
— *Ignipuncture et salpingostomie des deux côtés.* —
Grossesse.

L. N..., 23 ans, célibataire.

Examen. — A l'examen on trouve l'utérus en rétroversion. Le col est petit et situé en avant, le fond de l'utérus est dévié légèrement à droite.

Dans les culs-de-sac latéraux on trouve les annexes grosses et douloureuses.

Diagnostic. — Salpingite catarrhale et ovaires scléro-kystiques bilatéraux.

M. Legueu fait la laparotomie le 25 février 1896. On trouve les ovaires scléro-kystiques des deux côtés et les trompes oblitérées, mais non kystiques.

On fait l'ignipuncture sur les ovaires des deux côtés et l'on ouvre au thermocautère un grand nombre de petits kystes. On suture la trompe de chaque côté à l'ovaire correspondant après avoir fait la salpingostomie, et on fixe l'utérus à la paroi abdominale (hystéropexie).

Suites opératoires. — Très bonnes. La malade sort guérie; les règles sont revenues au moment de sortir de l'hôpital sans douleur.

Suites éloignées. — Revue en décembre 1896. Elle est enceinte de huit mois et demi. La grossesse a été normale et elle n'a pas souffert, à part quelques tiraillements douloureux au niveau de la cicatrice abdominale et des envies fréquentes d'uriner.

La vessie ne se vide que par regorgement.

OBSERVATION V

(POLK, cas VI, in *Americ. Journ. of obst.* V, XXX, n° 1, 1894. The conservative surgery of the female pelvic organs.)

Représente une femme qui avait été aussi victime de fréquents avortements dans les premiers mois de ses grossesses, les effets de compression d'ovaire augmenté de volume et adhérent étant, comme dans les cas IV et V, cause de ces accidents.

L'ovaire droit très fortement augmenté de volume, était le siège d'un vaste hématome; l'ovaire gauche était normal, mais la trompe correspondante était devenue le siège d'un hématosalpinx.

Les annexes du côté droit furent enlevées. La portion dilatée de la trompe gauche fut excisée, laissant environ un pouce de la trompe sur ce côté, en même temps que l'ovaire qui, comme il a été dit, était normal (exception faite des restes d'adhérences qui furent enlevées).

Environ deux ans après cette opération, la malade conçut et accoucha en temps voulu.

Elle a été récemment de nouveau enceinte, mais gênée par sa maternité, elle s'assura un avortement criminel.

Les six cas se sont présentés dans la pratique de l'écrivain et chacune des malades est en bonne santé.

OBSERVATION VI

(Cas VII, cité par POLK, *id.* — Observation de BAER. *Annals of gynecologie and pediatrics*, janvier 1894. p. 231 et 232.)

Rétroflexion utérine. — Annexes prolabées et adhérentes. — Ovaires et trompe gauche enlevée par morcellement. — Résection de la trompe droite à cinq centimètres de l'utérus. — Grossesse six mois après.

Femme de 32 ans. Elle présentait un utérus en rétroflexion.

Des deux côtés existent des masses dures, volumineuses. La malade consent à l'opération à la condition expresse qu'un ovaire ou une partie de l'ovaire sera conservé, ne voulant pas être privée de la possibilité de devenir enceinte.

Laparotomie en février 1891. L'utérus est en rétroflexion; les annexes sont enveloppées de fausses membranes organisées, très solides. Après s'être ouvert une voie, l'utérus est disséqué, libéré et repoussé en avant. L'ovaire et la trompe gauche sont fixés en bas et ne peuvent être enlevés que par morcellement. Du côté droit, les lésions sont analogues. La trompe est sectionnée à 5 centimètres de l'utérus. A ce moment, le chirurgien fut arrêté par l'opposition du frère de la malade, médecin lui-même. Il préférerait voir sa sœur courir les risques d'une opération secondaire que de lui enlever l'espérance d'être mère.

L'abdomen fut refermé. Suites opératoires normales. Quinze mois après, accouchement à terme.

OBSERVATION VII

(MAC MONAGLE, cité par POLK, *id.*)

Se rencontra dans la pratique d'un confrère, M. le docteur Monagle.

Il m'a permis de présenter ce cas en même temps que cette communication, et comme il n'a pas été publié jusqu'ici et qu'il est d'un intérêt frappant, je le présente d'après les notes de mon collègue.

M^{me} M. S. H..., américaine, âgée de 25 ans. Réglée à 14 ans, mariée depuis trois ans, jamais de grossesse, très désireuse d'avoir un enfant, consulta un gynécologue qui lui fit une dilatation graduelle de col utérin tous les deux jours dendant deux semaines. L'opération était très douloureuse et à la dernière dilatation, les douleurs devinrent très fortes dans le bas-ventre du côté gauche.

Elle garda le lit avec des nausées, vomissements, grandes souffrances, distension abdominale, fièvre pendant six

semaines, quand elle eut une débâcle de pus par le rectum, suivie d'un grand soulagement.

Durant les six mois suivants, elle resta une partie du temps dans son lit, se plaignant de douleurs toujours soulagées par une débâcle de pus dans le rectum.

Octobre 1888. — Elle vint me voir, je la trouvai très émaciée, sueurs nocturnes, teint blême, pâle, digestion difficile, constipation, besoin fréquent d'uriner, un peu de ténésme, ventre aplati, partout marqué de vésicatoires et de cataplasme, douloureux, sensible dans les deux régions illiaques; cœur et poumon normaux, urine normale, température : 90 à 101 degrés Fahrenheit.

Ecoulement par le vagin et l'utérus de couleur jaunâtre et de mauvaise odeur; du pus et du sang dans les selles de temps en temps. L'utérus est fixé; épaissement et sensibilité vers les ovaires et les trompes des deux côtés.

Ouverture de l'abdomen par une incision de trois pouces et demi. On trouva l'épiploon adhérent à l'utérus et aux parties environnantes; un petit kyste sur la trompe et l'ovaire droit; adhérences très étendues de l'ovaire à l'intestin et au ligament large. L'extrémité frangée de la trompe était collée contre l'ovaire. On les sépara de l'intestin. On attira le kyste, l'ovaire et la trompe, et on les réunit tout près de l'utérus et profondément dans le ligament large. En essayant de séparer l'ovaire gauche et la trompe, on entra dans une petite collection (petit sac de pus) qui s'ouvrait dans l'intestin au niveau du bassin et il y eut une hémorragie abondante. Dans le but de l'arrêter, je nouai aussi profondément que je pus dans le ligament large avec un nœud spécial passant les extrémités de la boucle, tout près de la corne utérine et en dehors de l'ovaire. Quand ce fut bien fermé, je trouvai qu'il renfermait l'ovaire et l'extrémité frangée adhérente des trompes. Je pus cependant empêcher la ligature de glisser; alors j'enlevai la portion libre de la trompe. Je fis une soigneuse toilette péritonéale, je mis la trompe dans un verre et je refermai l'incision.

La malade revint paisiblement à la santé et ne fut plus sous mes soins immédiats.

Cinq mois après l'opération, elle m'écrivit et me disait qu'elle avait été réglée deux fois sans peine, les règles durant environ quatre jours.

En 1890, elle m'écrivit qu'elle n'était plus réglée depuis quatre mois, qu'elle avait une douleur dans le bassin et beaucoup d'irritation dans la vessie, nausées et vomissements, qu'elle était devenue plus grosse, particulièrement vers le bas-ventre.

Elle vint me voir et, en l'examinant, je trouvais tous les symptômes d'une grossesse et je pus découvrir le cœur fœtal.

Elle retourna à la campagne et, en temps voulu, elle donna naissance à une fille pleine de santé et bien constituée. Le travail fut pénible, environ vingt-quatre heures, mais l'enfant fut extrait sans instrument.

OBSERVATION VIII

(GERSUNY. — *Centralblatt für Gynækologie*, 1896 : une opération pour oblitération tubaire).

Une femme de vingt-cinq ans, réglée régulièrement depuis l'âge de dix-sept ans, mariée depuis cinq ans, n'avait encore jamais été enceinte.

10 avril 1895. On lui proposa une ovariectomie, on avait remarqué depuis quelque temps une tumeur plus grosse qu'une tête fœtale et qui se présenta pendant l'opération, comme un kyste tubo-ovarien du côté gauche. Après en avoir terminé l'extirpation, j'explorai l'utérus et les annexes du côté droit. L'utérus et l'ovaire étaient normaux. La trompe qui, près de la corne utérine, avait des dimensions normales, s'élargissait et se terminait comme un sac de la grosseur d'une noix. Dans le bassin, à peine un reste de péritonite. Que faire ?

A ce moment, jé revis dans mon esprit, avec la rapidité de l'éclair, toutes les idées que m'avaient suggérées la lecture de la description d'une opération de Martin pour hydrosalpinx. Je commençai par y réfléchir, puis je finis par m'imaginer ce que je pouvais réaliser dans le cas présent.

J'incisai le sac tubaire sur le côté attenant à l'ovaire. Il s'écoula alors du sang foncé et fluide; on pouvait voir la surface interne du sac qui paraissait revêtu d'une muqueuse mince et lisse. J'attirai suffisamment la trompe vidée, sans trop de tiraillements, et je poussai l'ovaire à travers le trou que j'avais ouvert dans le sac et le fixai avec six points à la soie fine qui traversaient les bords de section du sac, sans pénétrer profondément dans l'ovaire, tout près du mésovaire.

L'ovaire se trouvait alors couché dans la trompe, à l'exception d'une petite partie de sa surface. On referme ensuite l'abdomen.

L'inclusion de l'ovaire dans le sac était une expérience dont le résultat était problématique.

A l'ovulation, l'œuf devait bien passer dans la trompe, mais la question était de savoir si, jusque dans le voisinage de l'utérus, la trompe était perméable (je n'avais pas fait le cathétérisme) ou si elle le deviendrait; si tel n'était pas le cas, l'inclusion de l'ovaire dans la trompe n'était pas utile. Cependant, si l'ostium uterinum était ouvert, ou, si la communication se faisait plus tard, une conception serait possible. Mais, peut-être une grossesse tubaire aurait-elle été la conséquence de cette manière de faire.

Une autre question se posait, mais qui devait encore rester sans réponse. Comment se comporterait l'ovaire? Comment un organe, qui est libre dans la cavité péritonéale supporterait-il l'inclusion, dans un sac tapissé de muqueuse? A toutes ces questions, nous ne pourrions trouver une solution que par la recherche sur la femme et je la considère comme légitime. Et combien de femmes stériles

s'exposeraient à une intervention, même des plus graves, si on pouvait leur donner une simple espérance que la cause de leur stérilité serait supprimée ; et, où y a-t-il danger dans notre tentative, si ce n'est dans la possibilité d'une grossesse extra-utérine. Mais, les conditions de développement de celle-ci sont trop peu connues pour qu'on puisse affirmer, dans un cas quelconque, qu'elles existent ou qu'elles font défaut.

Les suites opératoires furent les suivantes : trois semaines après l'opération, la malade sortit guérie du Rudolfinerhouse.

Au commencement du mois de juin, elle eut ses règles pour la première fois, au commencement de juillet et d'août, pas de nouveau.

Le vingt cinq novembre je la vis pleine de santé, et elle se trouvait tout à fait bien.

Elle s'apercevait seulement du gonflement des seins et se plaignait que son ventre avait augmenté de volume et que ses vêtements devenaient trop étroits. Je trouvai ses seins gonflés et la cicatrice opératoire de teinte violet foncé. L'utérus, globuleux, avait le volume d'une grosse orange. Le fond était palpable à la main, au-dessus de la symphyse, le col court, rien d'anormal ; rien du côté des annexes, ni du côté de l'utérus.

On avait l'impression d'une grossesse normale au milieu du quatrième mois.

S'il en est vraiment ainsi (et il n'y a aucune raison d'en douter), cette expérience doit être considérée comme bien fondée. Elle prouve qu'une trompe peut revenir à nouveau à sa fonction normale d'oviducte, et qu'un ovaire, par l'inclusion dans une trompe, n'est pas gêné dans sa fonction ou ne l'est que pendant peu de temps.

OBSERVATION IX

(CLADO, in thèse MONTANA)

Salpingite et ovaire kystique à gauche. Ovaire kystique à droite. Cause principale. Salpingo ovaro-syndèse à gauche. Ignipuncture à droite. Soupçon de grossesse.

Cécile R..., femme de vingt-six ans, mariée.

• *Antécédents héréditaires.* Nuls.

Antécédents personnels. Fièvre typhoïde avec phlébite à dix-huit ans. Migraine orbitaire fréquente au moment de ses règles et à l'occasion de toute contrariété.

Antécédents utérins. Trois accouchements : les deux premiers normaux ; pour le dernier (il y a trois ans), on a du faire la délivrance artificielle.

Réglée à douze ans. Règles régulières jusqu'à dix-huit ans, non douloureuses, huit jours de durée, normales comme quantité. Après la fièvre typhoïde, arrêt complet des règles pendant sept ans, ce qui ne l'a pas empêché d'avoir trois enfants. Les règles sont revenues depuis un an. Au mois de janvier dernier, elle a eu un avortement de six semaines et une hémorragie abondante.

Depuis cette époque, elle souffre du ventre. La douleur est localisée dans la fosse iliaque droite, mais avec irradiation dans le rein et la jambe du même côté. Elle est vive, lancinante, augmente avec la marche, et au moment des règles ; depuis un mois elle est tellement vive qu'elle force à garder le lit. Les règles sont devenues irrégulières, plus abondantes, plus longues et douloureuses. Pas de pertes blanches.

Appareil digestif. Phénomènes dyspeptiques, gastralgie, constipation.

Appareil urinaire. Rien d'anormal.

Système nerveux. Très nerveuse, a des accès de migraine orbitaire très fréquents.

Etat général. Médiocre ; elle a perdu cinq kilogrammes de son poids normal.

Diagnostic. Salpingite droite ; rétroflexion utérine. On garde la malade en repos pendant un mois et on lui fait un curettage.

Comme malgré ce traitement, elle continue à souffrir, on décide la laparotomie.

Opération le 2 juillet 1898.

Anesthésie à l'éther.

A droite, on trouve : ovaire kystique, trompe saine, on fait l'ignipuncture sur les kystes et on laisse le reste en place.

A gauche, ovaire également kystique, la trompe est malade et obstruée du côté du pavillon, le reste est perméable, sain. On résèque la partie du pavillon ; on incise le reste sur le bord postéro-interne et on fait l'abouchement avec l'ovaire. Suture au catgut. Sur l'ovaire, on fait l'ignipuncture.

Suites opératoires. Bonnes ; les quatre premiers jours, elle souffre du côté droit (sensation de brûlure) ; après, les douleurs ont disparu ; température les trois premiers jours : 37° 4, 37° 6 ; normale après.

Suites éloignées. Revue le 22 mars 1899. Bien portante et très contente de l'opération. Depuis le mois d'août, elle a recommencé son travail et le fait sans être gênée.

De temps en temps encore, quelques douleurs vagues dans le bas-ventre ; à cette époque, arrêt des règles pendant deux mois, elles reviennent au mois de janvier, et elle perd alors, pendant dix-neuf jours, des caillots et du sang liquide (avortement ?) Dernières règles, le 10 janvier ; depuis cette époque, elles ne sont plus revenues (grossesse ?).

Les accès de migraine ont diminué et sont moins forts.

Pas de bouffées de chaleur, pas de crises de nerfs. Pas d'enfants.

A l'examen : utérus mobile, en bonne position. Culs-de-sac souples, non douloureux. On ne sent pas les annexes.

Dans ce cas, le résultat thérapeutique a été aussi bon que possible et en outre il y a eu soupçon de grossesse.

OBSERVATION X

(VIDAL, de Périgueux, obs. II. *Revue de gynécologie et de ch. abd.*, 1900, p. 81-90.)

Ablation totale des annexes droites (kyste volumineux de l'ovaire). Ovariectomie gauche exploratrice. Ignipuncture. Salpingostomie et « salpingoplastie ». — Accouchement normal quinze mois après.

S..., Jeanne, 27 ans, mariée, me consulte parce que son ventre grossit depuis dix mois, époque de la naissance de son deuxième enfant.

Antécédents nuls, sauf un peu de fièvre de lait. Règles régulières, mais très douloureuses depuis cinq ans, absentes encore depuis ses dernières couches (la malade est nourrice). La pression profonde de l'abdomen réveillait autrefois à gauche une sensibilité très vive. Leucorrhée peu abondante.

Appareils respiratoires, digestifs et urinaires en bon état. L'abdomen est distendu par une volumineuse collection liquide, absolument régulière, présentant en un mot tous les caractères d'un kyste de l'ovaire. Rien de particulier au toucher vaginal; les culs-de-sac sont libres; mais on réveille de la douleur en appuyant fortement sur la voûte à gauche du col.

Opération. — Laparotomie médiane. Ponction et extraction du kyste qui ne contient qu'une seule loge, renfermant vingt-deux litres de liquide citrin. Une étroite adhérence à une frange épiploïque. Il y a un pédicule à droite et rien dans le ligament large. L'ablation est, somme toute, des plus simples. *La ligature siège très près de la corne utérine; et il ne reste certainement rien des annexes droites.*

Sur l'ovaire gauche : quelques kystes à contenu clair, le plus gros du volume d'une lentille. On le résèque et l'on détruit les autres au thermocautère. Je fends alors la glande dans toute sa longueur, sans trouver dans son épaisseur de lésions manifestes. Trois points de catgut ferment l'incision. Quant à la trompe elle est légèrement attirée en arrière par une adhérence lâche à la partie postérieure de l'utérus, qui cède facilement ; le pavillon est obturé par l'agglutination des franges ; l'oviducte est réduit à un cordon scléreux et dur, nettement rétréci tout près du pavillon, puis sur une longueur de sept à huit millimètres au commencement de son tiers interne. Je sépare facilement les franges tubaires, et j'incise d'un coup de ciseau le premier point rétréci qui n'admettait pas le bout d'un stylet de trousse ; puis un surjet de catgut fin réunit muqueuse et séreuse (*salpingostomie*). L'instrument enfilant la trompe bute ensuite contre le deuxième rétrécissement qu'il ne peut franchir. M'inspirant de l'opération de Mickulicz sur le pylore, j'incise longitudinalement au bistouri la paroi tubaire au point malade, en dépassant très légèrement ses limites, et je constate que l'on pourra réunir verticalement les bords de cette fente longitudinale au prix d'une très légère condure à ouverture antérieure de la trompe malade. Mais, pour maintenir le calibrage et guider la cicatrisation, pour éviter de plus la chute dans le péritoine du suintement qui pourra se produire, en le drainant vers l'utérus je remplace le stylet par une fine bougie de baleine, attirant à sa suite un fil double de soie plate n° 3 mouillée d'eau phéniquée. En tirant un peu, je franchis l'ostium. La bougie traverse après quelques accrocs la cavité utérine (préalablement curettée) et je la fais recevoir dans le vagin où elle amène le fil dont l'autre extrémité disparaît dans le pavillon. Quatre points de soie fine, n'intéressant pas ce qui fut la muqueuse, ferment verticalement l'incision tubaire. Je soulève alors un repli de l'aileron moyen du ligament large et j'enroule en quelque sorte la partie moyenne de la trompe dans ce revêtement séreux.

Quelques points le fixent au péritoine au-dessus de l'incision tubaire, qui est complètement enfouie. Deux fils de catgut fixent de plus à l'ovaire quelques franges du pavillon.

Toilette du péritoine. Fermeture de la paroi sans drainage et tamponnement du vagin.

Glace sur le ventre en permanence. Très peu de réaction.

A la fin du quatrième jour je tire doucement par le vagin l'un des fils de drainage qui vient seul après quelques instants sans provoquer de vives douleurs. Le second suit beaucoup plus facilement.

Guérison sans incident.

La santé est depuis lors demeurée parfaite. La malade a repris ses occupations et je la rencontre parfois poussant sa charrette chargée de linge. Ses règles ne furent d'abord presque plus douloureuses. *Puis, est né, il y a trois mois, parfaitement à terme, entre les mains d'une sage-femme, un gros enfant du sexe masculin (quinze mois après l'intervention).*

OBSERVATION XI

(JACOBSON. — *Revue de gyn. et ch. abdominale*, n° 1,
1^{er} juillet 1911, p. 6.)

1906. Malade Ch..., 29 ans.

A eu six fausses couches. Gonnorrhée.

Curettage de l'utérus.

Colpotomie postérieure. Ablation des annexes droites (kyste inflammatoire et hydrosalpinx) *salpingostomie avec suture de la trompe gauche.*

En 1908, accouchement à terme, à l'Institut impérial clinique d'obstétrique et de gynécologie. Pas de symptômes douloureux. Règles régulières. Parfois, des pertes blanches avant les règles. Etat général de santé excellent.

OBSERVATION XII

(GELLHORN de St-Louis), *Am. Journ. of obst.*, juillet 1911 (1).

Considère une femme, chez laquelle les annexes gauches furent enlevés et la trompe droite ouverte.

La malade donna naissance à un enfant bien portant trois ans et demi après l'intervention.

Elle est actuellement enceinte de nouveau.

L'auteur dit avoir trouvé treize cas analogues dans la littérature.

OBSERVATION XIII (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr VIOLETTE.)

Diagnostique : rétroversion, appendicite.

Opération : anesthésie par l'appareil de Braun (mélange d'éther et de chloroforme).

Incision de Pfannenstiel. Appendicectomie. Salpingostomie gauche. Ablation de la trompe et de l'ovaire droit. Plissement des ligaments ronds par trois points de suture de chaque côté.

Grossesse et accouchement à terme un an et demi après l'intervention.

A. E..., 25 ans, couturière, entre dans le service de M. le Prof. Aug. Pollosson le 4 octobre 1905.

Réglée à 14 ans, bien régulièrement. Mariée depuis cinq ans, sans enfant. Pas de fausses couches. On ne relève rien dans son passé ni au point de vue tuberculose, ni au point de vue infection ascendante.

La malade eut, il y a trois ans, une douleur brusque

(1) Nous regrettons de n'avoir pu réussir à nous procurer l'observation détaillée, ainsi que celle de Kehr : un cas de salpingostomie suivie de grossesse (in *Monatsschrift für eburtshilfe Gynæ.* Bd XXX, Hfts 1909).

dans la fosse iliaque droite, suivie de vomissements et de fièvre. Elle dut s'aliter pendant un mois et demi. Elle fut traitée par la glace, et son médecin, dit-elle, affirma le diagnostic d'appendicite.

Même crise aiguë il y a un an; et enfin troisième crise, il y a huit jours, avec les mêmes symptômes, pour laquelle elle entre dans le service.

Entre ces crises la malade souffre toujours du côté droit du bas-ventre.

Pas de métrorragie.

Peu de leucorrhée.

La miction est normale. Constipation habituelle.

Au palper abdominal le ventre est un peu météorisé. On ne sent rien de bien net dans la fosse iliaque droite; mais, il existe à ce niveau une induration profonde un peu douloureuse au palper. — La température est de 37°2, 37°6. Le pouls est excellent à 80.

Au toucher, l'utérus est en rétroversion. On ne sent rien dans le cul-de-sac latéral gauche. A droite on sent le pôle inférieur d'une masse qui est assez difficile à séparer de celle qu'on sent par l'abdomen.

On porte le diagnostic d'appendicite et l'on décide d'attendre encore quelques jours avant d'intervenir.

Pendant les jours suivants, la palpation abdominale devient plus facile et l'on sent dans la fosse iliaque droite un cordon douloureux, qu'il faut interpréter comme l'appendice auquel peuvent s'ajouter des adhérences épiploïques. — Au toucher, il existe à droite, à côté de l'utérus en rétroversion une masse annexielle du volume d'un œuf.

M. le Prof. Aug. Pollosson décide de faire une laparotomie transversale afin de pouvoir remédier à la fois aux lésions annexielles et enlever l'appendice.

Opération (18 octobre 1905). A l'ouverture du péritoine, on extériorise le cæcum et on voit l'appendice, en érection, gros comme un doigt d'enfant, coudé et adhérent sur toute sa longueur au cæcum. On est obligé de le scalper à

coup de ciseaux. Ligature de son méso. Section au thermocautère entre deux pinces. Ligature du fragment restant. On est obligé de faire sur le cæcum une suture de péritonisation sur la partie adhérente à l'appendice.

On amène l'utérus, et on constate qu'il est luxé en rétroversion. Mais, en même temps on constate que la *trompe gauche légèrement augmentée de volume est fermée ; on l'ouvre et on suture les bords de l'ouverture pour faire une salpingostomie.*

L'annexe droite est dilatée, kystique : on l'enlève.

Plissement du ligament rond par une suture à la soie, à droite d'abord, puis à gauche ; par trois points de chaque côté.

Suture.

Suites opératoires simples.

Résultat éloigné : *grossesse et accouchement à terme d'une fille un an et demi après l'intervention.*

OBSERVATION XIV

(Obs. XXIX, in thèse de ARMAND, Lyon 1911.)

F..., 33 ans.

Il y a deux ans, hydro-salpinx droit et appendicite. A la suite de cette affection, on fit à la malade l'ablation partielle des annexes droites, et une *salpingostomie gauche.*
— *Puis grossesse.*

Actuellement 29 juillet 1910, pelvipéritonite ; Douglas plein d'adhérences récentes, utérus petit, rétroversé ; par places, granulations, peut-être bacillaires.

Castration totale par M. Pellanda.

Résultat : un an après, récurrence.

Résultat actuel parfait. Pas de troubles d'insuffisance ovarienne.

OBSERVATION XV

Société de chirurgie de Lyon, séance du 15 février 1911, *Lyon chirurgical*, 1^{er} avril 1912, p. 471.

Salpingo-ovarite bilatérale.—Ablation des annexes gauches.

— *A droite : résection ovarienne; amputation tubaire partielle; salpingostomie terminale.*

Sept ans après : hystérectomie pour fibrome. — Conservation favorable de la salpingostomie.

M. le Prof. Aug. Pollosson, présente la pièce opératoire ; et fait la communication suivante :

Il s'agit d'une femme de 39 ans, mariée à l'âge de 25 ans, et qui n'a jamais eu ni grossesse ni fausse-couche. Elle a déjà fait un séjour dans mon service en 1905. Elle avait à ce moment 32 ans, se plaignait de douleurs pelviennes déjà anciennes et présentait des lésions salpingo-ovariennes bilatérales. Je fis une intervention le 7 juin 1905. Les annexes gauches furent enlevées. Elles consistaient en un volumineux hydrosalpinx et un kyste tubo-ovarien.

On constatait du côté droit l'existence d'une trompe kystique et fermée, et d'un ovaire présentant un kyste du volume d'un œuf de poule. Je fis sur ce côté droit une intervention partielle et conservatrice. Le kyste ovarien fut enlevé et la moitié du tissu ovarien fut conservée. Quant à la trompe on fit l'ablation partielle de la portion distendue et sur la moitié interne conservée, on établit une salpingostomie en fendant l'orifice abdominal et en étalant un petit pavillon, au moyen de quelques points de suture tubo-péritonéaux.

Cette malade a depuis son opération été revue à plusieurs reprises et pouvait être considérée comme complètement guérie. Ce n'est que depuis six mois qu'elle présente des pertes utérines sanglantes, qui non seulement prolongent les règles, mais sont presque permanentes.

L'utérus présente un col sain et fermé, mais son corps est augmenté de volume et un peu irrégulier. On décide une hystérectomie abdominale qui est pratiquée le lundi 12 février 1912.

Dès que l'utérus est attiré au dehors, on constate vers sa corne gauche un petit moignon correspondant à l'insertion des annexes enlevées. Du côté droit on constate une trompe courte, terminée par un petit pavillon dont la surface rouge tranche sur le péritoine blanchâtre. A côté se trouve un petit ovaire sur lequel on constate l'existence de deux corps jaunes. L'utérus extirpé laisse voir, dans sa cavité, un noyau fibromateux bombant du côté de la muqueuse et expliquant bien les métrorragies.

Quant à la trompe droite on peut constater qu'elle est perméable et qu'un cathéter introduit sur une section de cette trompe vient bien ressortir sur le petit pavillon constaté.

Cette pièce présente un intérêt en démontrant la conservation du pavillon tubaire reconstitué et la perméabilité de la trompe. De semblables résultats doivent être bien exceptionnellement constatés.

Ils doivent encourager les tentatives d'opération conservatrices que nous devons substituer le plus souvent possible aux castrations totales.

Je rappellerai à cette occasion que parmi les salpingostomies dont j'ai pu suivre les résultats éloignés, il en est une qui a présenté ultérieurement une grossesse.

C'est encore une raison encourageante pour la chirurgie conservatrice.

CONCLUSIONS

I. Parmi les opérations conservatrices, auxquelles tend de plus en plus la chirurgie des annexes utérines, la salpingostomie mérite une place d'honneur. Du seul point de vue anatomique, elle est légitimée par la rareté de l'oblitération de l'ostium uterinum, par la conservation au contraire presque constante — même dans les salpingites ayant causé de fortes altérations apparentes — de la perméabilité du canal tubaire, alors que d'autre part on connaît la fréquence et la pérennité très probable de l'oblitération du pavillon. Elle est légitimée parce que le pavillon artificiel ne s'oblitére pas fatalement, mais semble bien, au contraire, garder sa perméabilité, comme le prouvent les cas de grossesse, où l'ovule paraît bien n'avoir pu passer que là (cas qui constituent la plupart des observations que nous avons relatées); comme le prouve, avec plus d'évidence encore, le cas dont M. le prof. Aug. Pollosson a eu récemment l'occasion de faire la vérification anatomique.

II. La salpingostomie est d'autant plus indiquée que la femme est moins âgée, qu'elle désire plus ardemment la grossesse, qu'elle jouit d'une bonne santé générale, que les lésions locales sont peu accentuées, et qu'un des ovaires au moins est intact.

Mais les indications ne sauraient être exposées didactiquement. Cependant on peut dire que cette opération trouve ses principales indications dans les cas où la fermeture du pavillon reconnaît comme cause non l'endosalpingite, habituellement consécutive à la blennorrhée, mais la **périsalpingite**, telle qu'on peut la voir dans l'appendicite, après certaines infections puerpérales, dans la grossesse tubaire, dans des lésions cicatricielles souvent très anciennes consécutives à des lésions péritonéales, dans un grand nombre de pelvi-péritonites adhésives, d'origine plus ou moins déterminée, où les uns voient des annexites non infectieuses, par réaction péritonéale due à de petites hémorragies, et où d'autres pensent plutôt à de la tuberculose inflammatoire.

III. Au point de vue anatomo-pathologique, les infections gonorrhéiques ne semblent pas devoir donner de bons résultats. C'est ce que montrent les faits ; et la majorité des auteurs considèrent cette lésion comme une contre-indication,

IV. Jusqu'à présent la salpingostomie n'a guère été qu'une opération complémentaire au cours d'une intervention pour rétroversion adhérente, annexites avec phénomènes douloureux, appendicite, etc..... Est-il permis, au point de vue de la stérilité de proposer une salpingostomie ? Peut-on poser d'avance l'indication de cette intervention ? Oui, avec naturellement toutes les réserves que comporte l'examen des pièces après ouverture du ventre.

V. La laparotomie abdominale reste la méthode de choix : elle permet beaucoup mieux l'examen préalable des lésions au point de vue tubaire et ovarien.

La salpingostomie est pratiquée suivant divers procédés, qui ne comportent pas de dangers par eux-mêmes.

VI. Les résultats, tout à fait concluants au point de vue de la grossesse, pour être encore peu nombreux, n'en sont pas moins fort encourageants. Ils le deviendront encore davantage avec un meilleur choix des cas.

Nous avons rapporté quatorze observations, suivies de grossesse (ou de soupçon de grossesse dans deux cas). Bien que la pathogénie de l'oblitération n'y soit pas toujours élucidée, il semble bien néanmoins que dans presque toutes la gonorrhée n'était pas en jeu. Il en est de même dans les autres cas de grossesse après salpingostomie dont nous n'avons pu nous procurer les observations complètes.

VU :

Le Président de la Thèse,
AUG. POLLOSSON.

VU :

Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 14 novembre 1912.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ACQUAVIVA et ROUX. — Traitement chirurgical des salpingites. Etude historique et clinique. *Revue de Chirurgie*, 1903, janvier, février, mars.
- ALBAN DORAN. — On closure of the ostium in inflammation and other diseases of the Fallopian tube. *Trans. obstetric society, London*, 1889-90, XXXI, 344-369.
- ANDREJEFF (N). — Diagnostic, marche et thérapeutique conservatrice dans les hydrosalpinges tubaires et les salpingo-oophorites chroniques. *Nouv. arch. obst. et gyn. Paris*, 1893, VIII, pages 87, 165, 225, 276.
- ARMAND, (L). — Le traitement conservateur dans les salpingo-ovarites (ses résultats éloignés d'après 46 ablations partielles d'annexes). Travail de la clinique gynécologique du Prof. Auguste Pollosson. *Thèse de Lyon* 1911.
- AUDIAU. — Contribution à l'étude du traitement opératoire des annexites. *Thèse de Paris*, 1897.
- ASBY (Th.), Baltimore. — The influence of minor forms of ovarian and tubal diseases in the causation of sterility. *American Journal of Obstetrics*, V, XXX, page 761.
- AYROLLES. — La salpingo-ovaro-syndèse ou résection de la trompe de Fallope. *Thèse de Paris*, 16 mars 1899.
- BAER. — *Annals of gyn. and pediatrics*, janvier 1894, p. 231 et 232.
- BETTMAN. — Contribution à l'anatomie pathogénique des trompes. *Am. Journ. obst.*, n° 5, 1897.
- BARNESBY. — Appendicite et annexite. *Thèse de Paris*, 1898.
- BOURSIER. — Des opérations conservatrices dans les ovarites scléro-kystiques. *Revue de Chirurgie*, 1903.
- BURRHAGE. — *Med. News.*, 13 avril 1901.
- CERNÉ. — Des opérations conservatrices dans les salpingo-ovarites. *Normandie médicale*, 15 septembre 1900.
- CHAVIN. — Traitement des salpingo-ovarites par la laparotomie. Ré-

- sultats éloignés d'après 135 laparotomies faites par Delbet.
Thèse de Paris, 1896.
- COCHEZ. — De la thérapeutique conservatrice dans les opérations pelviennes. *Thèse de Paris*, 1892; *Congrès français de chirurgie*, 1891, séance du 1^{er} avril.
- CLADO. — Salpingostomie et salpingorrhaphie. *Sem. gyn.* 1889.
- COE (H. C.). — Another view of conservative surgery of the tubes and ovaries. *Trans. ann. gyn. soc. Philad.*, 1898, XXIII, 381-395.
- Id. *Med. News New-York*, 1898, LXXIII, 385-391.
- CORNIL et TERRILLON. — *Archives de physiologie*, 1887, 3^e série, t. X.
- CORNIL et RANVIER. — *Manuel d'histologie pathologique*, 1901, t. I, p. 193.
- DEZON. — De la gynécologie conservatrice dans les affections inflammatoires pelviennes. *Thèse de Bordeaux*, 1897.
- DENTU (LE). — Du traitement des affections inflammatoires des annexes de l'utérus. *Gazette des Hôpitaux*, 1892, p. 225.
- DIEDERLEIN. — Communication à la Société obst. de Leipzig. *Cent. für Gyn.*, 1896, n° 3, p. 87.
- Über die neueren fortschritte in der Geburtschilfe und Gyn. *Aertzl. Bundschau, München*, 1898, VIII, 129-133.
- DOLÉRIS. — De la thérapeutique conservatrice dans la salpingo-ovarite. *N. arch. d'obst. et gyn.*, Paris, 1891, VI, VII.
- DUDLEY (A. P.). — *Am. Journ. of obst.*, 1893.
- The conservative surgery of the female pelvic organs. *Am. Journ. of obst.*, vol. XXX, 1894, n° 1, p. 1-15.
- The what extent can we do conservative surgery upon the ut. appendages with safety to the patient? (discuss.). *Am. J. of gyn. and obst. N.-Y.*, 1897, X, 110-128, 187-193.
- Some remarks upon conservative surgery of the uterine append. *Am. J. of gyn. and obst. N.-Y.*, 1898, XXXVII, n° 1, 14-19.
- A further report upon cons. surg. of the ut. append. *Trans. Am. Gyn. Soc. Philad.*, 1898, XXIII, 267-273, 2 pl. et in *Am J. of obst.*, septembre 1898, vol. XXXVIII, n° 3, p. 407.
- FRAENKEL. — Die appendicitis für ihren Beziehungen zur erkrankungen der weiblichen Sexual-Organ. *Samml. klin. Vort.*, n° 323, 1901.
- FRITSCH. — Un cas de grossesse après salpingectomie double. *Cent. f. Gyn.*, 1897, Bd XVI, p. 1228.
- FAURE (J.-L.). — Chirurgie des annexes de l'utérus, 1902. O. Doin, Paris, p. 289.

- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — Traité de gynécologie médicale et chirurgicale, 1911, p. 928.
- GELLHORN (G.). — Salpingostomie et grossesse (Transactions of the american gynecological Society, mai 1911, in *American Journal of obst.*, juillet 1911).
- GESSUNY (R.). — Sur une observation d'inclusion de l'ovaire dans la trompe. *Centralblatt für Gyn.*, 1896, p. 35.
- GOTTSCHALK. — Du pédicule de la trompe après l'ablation. *Arch. für Gyn.*, LIII, 1897.
- GOULLIOUD (P.). — Communication à la Société de chirurgie de Lyon sur la salpingostomie, 7 décembre 1899, in *Lyon Médical*, 7 janvier 1900, n° 1.
- Cas de grossesse chez des opérées pour salpingo-ovarite. Extrait du *Congrès français de chirurgie*, Lyon, 1894, 8^e session.
 - De la salpingostomie. *Annales de gyn. et d'obst.*, Paris 1900, LIII, p. 186-192 ; une figure. — LIV, p. 463-464, une figure et *Bulletin méd.*, Paris 1900, 30 octobre, n° 81.
 - Discussion. Compte rendu de la Société de chirurgie de Lyon, séance du 15 février 1911 ; in *Lyon Chirurgical*, p. 471, 1^{er} avril et *Lyon Médical*, 19 mai 1912.
- GUÈS (M^{me}). — Contribution à l'étude du traitement conservateur dans les annexites. *Thèse de Toulouse*, 1902.
- GUTTIEREZ (G.). — Le traitement préventif et les méthodes conservatrices dans les infections inflammatoires des annexes. Attid. XI. *Congr. méd. int.* 1894, Roma, 1895 v. ostet., 203-206.
- HERMANN. — Beitrag zur conserviranden Behandlung entzlicher Adnexer krankangen *Zischr. f. geburtsh. und Gynæk.*, Stuttgart, 1900, p. 193-237.
- HUMPHREYS (G.-L.) A plea for conservation in salpingostomy. *O Maha clinic*, 1893-94, t. VI, p. 142-144.
- ISAAC (Aug.). — De la grossesse consécutive aux traitements conservateurs dans les affections inflammatoires des annexes. *Th. de Paris*, 1895.
- *Nouv. arch. d'obst. et gyn.*, 1895, p. 201 à 254, 205 à 280, 313 à 320.
- JACOBSON (W.-J.). — Des résultats des opérations conservatrices pratiquées sur les trompes et les ovaires. *Rev. de gyn. et ch. abd.*, n° 1, 1^{er} juillet 1911.
- JAYLE. — Traitement conservateur en un temps des lésions inflammatoires de l'utérus et des annexes, à l'aide de la pélycoscopie. *Congr. français de ch. de Paris*, 1911.

- JARSAILLON (L.). — De la salpingostomie et autres opérations conservatrices des trompes utérines. *Th. de Lyon*, 1899.
- JAMES N. WEST. — *Am. J. of obst.*, 1906.
- KAHN (Uly-se). — Des opérations conservatrices de la trompe. *Thèse de Paris*, 1901.
- KEHRER (F.-A.). — De la stérilité par la section de la trompe par la voie vaginale *Cent. f. Gyn.*, août 1897.
- KEHRER (E.). — Was leistet die Martius'sche Salpingostomatoplastik? in *Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynæk.* Bd XXX, Hft 5, 1905.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.
- MARTIN (A.). — Über partielle und Extirpation. *Sammlung klin. Vorträge und Volkmann*, 1889, p. 2.
- *Verhandl. der deutsch. Gesellsch. für Gyn.*, 1891, p. 242-254 et 263-264 ou *Cent. f. Gyn.*, 1891.
- *Verhandl. der deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1893, p. 244.
- Die Krankheiten der Eileiter, p. 215 et suiv., 1895.
- MACKENRODT. — Salpingostomie. *Gesellsch. für Geburt. und Gyn.*, Berlin, 1895.
- MARTIN (de Greitswald). — Affections du tissu conj. du bassin, 1906, traduction de Roulland (V. ROULLAND).
- MONTANA (M.). — Contribution à l'étude des résultats éloignés des opérations conservatrices des annexes. *Th. de Paris*, 1899.
- MONTPROFIT. — Chirurgie des ovaires et des trompes, 1903, p. 153.
- POLLOSSON (A.). — Compte rendu de la Soc. de ch. de Lyon, séance du 15 février 1912, in *Lyon Chirurgical*, 1^{er} avril 1912, p. 471, ou *Lyon Médical*, 19 mai 1912.
- POLK. — A report upon certain operatives designed to preserve the uterine appendages. *Am. Journ. of obst. New-York*, 1891, XXIV, XIV, 1039-1062.
- Operations to preserve the uterine appendages. *Internat. clin. Philadelphie*, 1892, 2 s.; III, 290-295.
- Operations upon the uterine appendages with a view to preserving the functions of ovulation and menstruation. *N.-Y. Journ. of gyn. a. obst.*, 1893, III, 649-663 et *Tr. Am. gyn. soc. Philadelphie*, 1893, XVIII, 175-193.
- Drainage with gauze packing in recurrent salpingitis and peritonitis as a means of cure and as preliminary to conservative operations upon the appendages. *New-York, Journ. of gyn. a. obst.* 1892, II, 446-452.
- *Am. Journ. of obst.*, vol. XXVII n° 6, p. 883, juin 1893.
- Operations upon the uterine appendages the conservative,

- surgery of the female pelvic organs. *Am. Journ of. obst.*, vol. XXX, juillet 1894, n° 1.
- POZZI (G.). — *Traité de gynécologie*, t. II, p. 874, 4^e éd., 1907.
- PONCET et LERICHE. — Tuberculose inflammatoire de l'appareil utéro-annexiel. (Commun. à l'Acad. de Médecine, séance du 7 juin 1910). *La gynécologie*, 1910.
- PY. — Avantages des opérations conservatrices dans les salpingo-ovarites (déductions cliniques à propos de plusieurs cas observés dans le service de M. le Professeur de Rouville). *Thèse de Montpellier*, 1909.
- QUÉNU. — *J. des Praticiens*, 9 avril 1898.
- REYMOND. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique des salpingo-ovarites. *Thèse Paris*, 1894-95.
- RIESS (E.). — Plastic operat. on the fallopian tube. *Am. J. surg. and. gynec.*, St-Louis, 91, XI, p. 180, 1898.
- *Central. f. Gyn.*, 1897. Du pédicule tubaire après salpingectomie.
- ROULLAND. — Annexites non infectieuses. *La gynécologie*, 1908.
- ROUVILLE (DE). — Considérations sur le traitement des salpingo-ovarites chroniques. *La gynécologie*, 1910, p. 409-414.
- Traitement des salpingo-ovarites chroniques. *Arch. de gynécologie et d'obst.* 1911, p. 658-662.
- ROUTIER. — Hématocèle chez une opérée à qui il ne restait qu'un ovaire. *Société de Chirurgie*, 6 décembre 1905.
- SEKUTSCH. — Contribution à la thérapeutique chirurgicale de la trompe. (Compte rendu du troisième Congrès de la Soc. allemande de gyn. tenu à Fribourg, 12 et 14 juin 1889, in *Centralblatt f. Gyn.*, n° 32, p. 565, 1889.
- WATKINS (TH.-J.). — Discussion à la Société américaine de gynécologie, mai 1911. *Am. J. of obst.*, juillet 1911.
- WESLEY BOYÉ (J.). — In *idem*.
- VIDAL. — Technique et résultats de quelques opérations conservatrices des annexes de l'utérus. *Revue de gynécologie et ch. abdominale*, 1900, p. 81-90.
- VÉSIAN (J. DE). — Salpingite et grossesse. *Thèse de Toulouse*, 1902.
- ZOGHA. — Des lymphatiques péri-utérines et pathogénie des salpingo-ovarites. *Thèse de Montpellier*, 1903.
-

22348 — IMPRIMERIES RÉUNIES, 8, RUE RACHAIS — LYON
